ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR ……

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko: …….

PESEL: …….

Data rozpoczęcia: ……. Data zakończenia: …….

Voucher: TERAPIA MANUALNA (30 MIN.)

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
Terapia manualna (30 min.)		