ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR ……

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko: …….

PESEL: …….

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

Voucher: TERAPIA MANUALNA J. BONISZEWSKI (20 MIN.)

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
Terapia manualna J. Boniszewski (20 min.)		