

Imienny rejestr osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej w miesiącu 2024r

Imię i nazwisko Realizatora:

Adres Punktu Edukacyjnego/ pieczęć Podmiotu Leczniczego:

L. P	DATA EDUKACJI	IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA	EDUKACJA		EDUKACJA STACJONARNA	EDUKACJA TELEFONICZNA (wpisać nr. telefonu)
			Edukacja pierwszora- zowa (P)	Edukacja kolejna (K)		

Podpis Realizatora