

2. Imienny rejestr osób uczestniczących w telefonicznej edukacji zdrowotnej

Imię i nazwisko Realizatora:Umowa nr DPZ.1150.....2022.BJÓ

Adres Punktu Edukacyjnego/ pieczęć Podmiotu Leczniczego:

Lp.	data edukacji	imię i pierwsza litera nazwiska	wiek	numer telefonu uczestnika edukacji	Edukacja zdrowotna P- pierwszorazowa K- kolejna
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

.....
Podpis Realizatora