

Śląski Ośrodek Onkologii Sanivitas Zapotrzebowanie na leki

Imię, nazwisko:

Rok urodzenia:

Nr telefonu:

Czy aktualnie przebywasz w szpitalu? tak / nie*

Czy posiadasz Internetowe Konto Pacjenta tak / nie*

Lp.	Nazwa leku	dawka	Ilość opakowań

*niepotrzebne skreślić.

Wypełniony formularz prześlij jako załącznik na adres email naszej przychodni: rejestracjaPOZ@galeriazdrowia24.pl