

**Załącznik nr 1**  
**Lista osób wskazanych do opieki medycznej**

<b>Pacjent 1</b>			
Rodzaj abonamentu			
PESEL			
Adres korespondencyjny			
Nr tel dom		Nr tel praca	
Nr fax		Nr tel kom.	
Adres e-mail:			

<b>Pacjent 2</b>			
Rodzaj abonamentu			
PESEL			
Adres korespondencyjny			
Nr tel dom		Nr tel praca	
Nr fax		Nr tel kom.	
Adres e-mail:			

<b>Pacjent 3</b>			
Rodzaj abonamentu			
PESEL			
Adres korespondencyjny			
Nr tel dom		Nr tel praca	
Nr fax		Nr tel kom.	
Adres e-mail:			

<b>Pacjent 4</b>			
Rodzaj abonamentu			
PESEL			
Adres korespondencyjny			
Nr tel dom		Nr tel praca	
Nr fax		Nr tel kom.	
Adres e-mail:			

\_\_\_\_\_  
Podpis Beneficjenta

\_\_\_\_\_  
podpis reprezentanta Centrum