

Wniosek o zablokowanie dostępu do rejestracji internetowej

Proszę o zablokowanie możliwości rejestracji drogą elektroniczną (internetową) do przychodni specjalistycznych Ośrodka Rehabilitacji Narządu Ruchu „Krzyszowice” w Krzeszowicach ul. Daszyńskiego 1.

Imię*: <input type="text"/>
Nazwisko*: <input type="text"/>
PESEL*: <input type="text"/>

Adres zamieszkania*		
Kod * <input type="text"/>	- <input type="text"/>	Poczta* <input type="text"/>
Ulica* <input type="text"/>		
Numer* <input type="text"/>		
Miasto <input type="text"/>		
Telefon* <input type="text"/>		
Adres e-mail* <input type="text"/>		

data i podpis wnioskodawcy	data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	data i podpis Administratora systemu

* - Pola obowiązkowe