

Wniosek o dostęp do rejestracji internetowej

Proszę o udostępnienie możliwości rejestracji drogą elektroniczną do POZ i Poradni Specjalistycznych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.

Jednocześnie informuję, iż **zapoznałam/em** się z *Regulaminem elektronicznej rejestracji pacjentów do POZ i Poradni Specjalistycznych* oraz zobowiązuje się do jego przestrzegania

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Adres e-mail (drukowane litery):	
Nr telefonu*:	

.....
data i podpis
wnioskodawcy

.....
data i podpis osoby
przyjmującej zgłoszenie

.....
data i podpis
Administratora systemu

*w przypadku braku podania numeru telefonu pacjent może nie zostać powiadomiony o zmianie terminu wizyty