

Wniosek o zablokowanie dostępu do rejestracji internetowej

Proszę o zablokowanie możliwości rejestracji drogą elektroniczną (internetową) do POZ i poradni Specjalistycznych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.

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

.....
data i podpis osoby

.....
data i podpis wnioskodawcy

.....
data i podpis
Administratora systemu