

Wniosek o zablokowanie dostępu do rejestracji internetowej

Proszę o zablokowanie możliwości rejestracji drogą elektroniczną (internetową) do przychodni
SZPITALA POWIATOWEGO W CHRZANOWIE.

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Adres e-mail:	

podpis administratora

data i podpis wnioskodawcy