

### Wniosek o dostęp do rejestracji internetowej

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

Jednocześnie informuję, iż **zapoznałam/em** się z *Regulaminem elektronicznej rejestracji pacjentów do POZ i Poradni Specjalistycznych* i akceptuję regulamin oraz zobowiązuję 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

