



Formularz zgłoszeniowy do udziału w Konkursie plastycznym pt.

„Dzień Ratownictwa Medycznego – wykonaj laurkę”

Imię i nazwisko Uczestnika konkursu.....

Wiek Uczestnika konkursu.....

Nazwa grupy.....

**Nazwa przedszkola do, którego u częstsza Uczestnik
konkursu.....**

.....

"Otwarcie na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów" - Nasza misja

**Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie**
ul. Młyńska 2
63-700 Krotoszyn
tel. +48 (62) 588 04 01

NIP: 6211536551
Regon: 000310226
KRS: 0000002750
www.spzoz.krotoszyn.pl
e-mail: spzoz@krotoszyn.pl