



Formularz zgłoszeniowy do udziału w konkursie plastycznym

pt. „Kwiaty dla Pielęgniarek i Położnych”

Imię i nazwisko Uczestnika konkursu.....

Wiek Uczestnika konkursu.....

Klasa

Szkoła do której uczęszcza Uczestnik konkursu

.....
.....

"Otwarcie na zmiany, szanując tradycje, 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