



**Formularz zgłoszeniowy do udziału w konkursie plastycznym pt. „Laurka dla
Ratownika Medycznego”**

Imię i nazwisko Uczestnika konkursu.....

Wiek Uczestnika konkursu.....

Nazwa grupy.....

**Nazwa przedszkola do którego uczęszcza Uczestnik
konkursu.....**
.....

"Otwarci 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