



Załącznik nr 17
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

KARTA PORADY KOŃCOWEJ

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Data wizyty końcowej lekarskiej	
Data wizyty końcowej fizjoterapeutycznej	
Informacja	

.....
PODPIS FIZJOTERAPEUTY

.....
PODPIS LEKARZA

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU