Załącznik 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i Nazwisko | Adres e-mail | Zawód wykonywany:   * Lekarz * Felczer * Diagnosta laboratoryjny   (wpisać właściwe) | Miejsce zatrudnienia:   * Szpital * Przychodnia * Hospicjum * ZOL * IPL * Pogotowie * Laboratorium   (podać nazwę) | Platforma eZDROWIE P2 (podać login użytkownika) |
|  |  |  |  |  |  |