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) |
|  |  |  |  |  |  |