

III. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętą)

- | | | |
|------------------------------|--|-----------------|
| 1. Imię i nazwisko..... | 2. Numer prawa wykonywania zawodu: | 3. Podpis |
| 4. Telefon kontaktowy: | 5. E-mail: | |