Warsztaty fizjoterapeutyczne dla członków rodzin chorych na mukowiscydozę z regionu województwa dolnośląskiego, 22.09.2012 r.

Imię…….
Nazwisko…….

Adres zamieszkania…….
…….

Telefon…….
e-mail…….

Będę korzystać z indywidualnych konsultacji fizjoterapeutycznych tak nie

Mogę podwieźć swoim samochodem osoby z okolicy swojego miejsca zamieszkania do Karpacza
tak nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby związane z organizacją warsztatów dla członków rodzin chorych na mukowiscydozę w Karpaczu.

…….
Podpis uczestnika