

II. Część: Decyzja Dyr. ds. Medycznych: – (zaznaczyć właściwe)

<input type="checkbox"/>	ZGODA na przywrócenie do kolejki pacjentów oczekujących	Podpis :
<input type="checkbox"/>	ODMOWA	Podpis :

UZASADNIENIE:

.....

.....

Potwierdzenie przekazania wniosku do Rejestracji:
(podpis pracownika Rejestracji)

III. Część III: Adnotacje Rejestracji:

.....

.....