



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
przystąpienia do
Wirtualnego Klubu Seniora



Imię i nazwisko*

Numer tel. kom.*

Email

Treść wiadomości

Oświadczam, że *zapoznałem/am* się z *Regulaminem* Wirtualnego Klubu Seniora znajdującym się pod linkiem <http://www.szpitalbp.pl/pl/pacjent/wirtualny-klub-seniora/statut-i-regulamin/> i *akceptuję* wszystkie zawarte w nim warunki.

Podpis*

* Gwiazdka oznacza pola obowiązkowe