



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny

Mazowsze.
serce Polski

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE
CHOROÓB KRĘGOSŁUPA WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO**

Ja niżej podpisana(y) zgłaszam się do programu pn.: „Rehabilitacja dzieci z chorobą kręgosłupa z klas I-VI na terenie miasta Płock” w zakresie działań informacyjno-szkoleniowych

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

PESEL

.....
Adres zamieszkania

nr telefonu

.....
data i podpis

Tel:	Płock 24 262 87 48	o/Warszawa 22 560 00 40	o/Radom 48 330 93 22
Fax:	24 262 88 42	22 560 00 41	48 330 93 23
e-mail:	plock@mwomp.pl	warszawa@mwomp.pl	radom@mwomp.pl

NIP: 774-15-46-233

REGON 000301569

KRS 0000139991

20^{lat}. Mazowsze