

| | | | |
|---|--|-------|----------|
| 1 | Nazwa Placówki ubiegającej się o certyfikację | | |
| | | | |
| 2 | Imię i nazwisko Kierownika/Koordynatora Placówki | | |
| | | | |
| 3 | <p>Fizjoterapeuci świadczący usługi fizjoterapeutyczne w Placówce</p> <p>proszę podać dla każdej osoby świadczącej w Placówce usługi fizjoterapeutyczne następujące informacje: imię i nazwisko, tytuł (technik, licencjat, magister, specjalista, doktor) oraz numer Prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty (PWZFz)</p> | | |
| | imię i nazwisko | tytuł | nr PWZFz |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Pieczałka Placówki

.....
data, podpis osoby składającej wniosek

.....
data, wpłynięcia wniosku do SFP