

1	Nazwa Placówki ubiegającej się o certyfikację		
	..... ..... .....		
2	Imię i nazwisko Kierownika/Koordynatora Placówki		
	..... ..... .....		
3	<b>Fizjoterapeuci świadczący usługi fizjoterapeutyczne w Placówce</b> proszę podać dla każdej osoby świadczącej w Placówce usługi fizjoterapeutyczne następujące informacje: imię i nazwisko, tytuł (technik, licencjat, magister, specjalista, doktor), numer Dyplomu Fizjoterapeuty		
	imię i nazwisko	tytuł	nr. dyplomu
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

Pieczątko Placówki

.....  
*data, podpis osoby składającej wniosek*  
 .....  
*data, wpłynięcia wniosku do SFP*