

Příhláška zdravotnického zařízení do „Projektu Ukrajina“

jméno a příjmení lékaře, titul(y) _____

členské číslo SVL ČLS JEP _____

adresa ordinace _____

název, sídlo zdravotnického zařízení _____

IČ _____ IČZ/IČP _____

číslo účtu, kód banky _____ / _____

jméno a příjmení, titul(y)
ukrajinského zdravotníka _____

datum narození _____