

**www.stulejka-krakow.pl**

**lek.med. Leszek Michalski. Specjalista urolog, FEBU**

**Centrum Medyczne Kapelanka**

**ul. Kapelanka 26 / lok. 2A, 30-347 Kraków**

**tel: 12 2571491 / +48 697691068**

## **FORMULARZ REJESTRACYJNY PACJENTA**

Imię : .....

Nazwisko: .....

Adres zamieszkania z kodem .....

PESEL: .....

Numer telefonu: .....

Zostałem zakwalifikowany do leczenia operacyjnego stulejki. Proszę o wyznaczenie terminu zabiegu w Centrum Medycznym Kapelanka.

Cena zabiegu [REDACTED] wraz z wizytami konsultacyjnymi wynosi [REDACTED] zł.

Powyższą kwotę wpłacę Gotówką po zabiegu w Centrum Medycznym.

Podpis pacjenta:

.....

Miejscowość, data: .....