# www.stulejka-krakow.pl

**lek.med. Leszek Michalski, Specjalista urolog, FEBU
Centrum Medyczne Kapelanka
ul. Kapelanka 26 / lok. 2A, 30-347 Kraków
Rejestracja: +48 570 799 766**

**Urolog: +48 697 961 068 (kontakt sms)**

**W pierwszej kolejności proszę o kontakt z rejestracją**

## 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.
Płatności dokonam:

1. Gotówką, po zabiegu, zgodnie z **aktualnie obowiązującym cennikiem w Centrum Medycznym Kapelanka**

.................................................…

**Miejscowość, data**

.....................................................
**Podpis pacjenta**