**Formularz rejestracyjny do Szkoły Rodzenia Joannitas**

Pszczyna, dnia …………………………………….

Ja, niżej podpisana

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

Imię i nazwisko

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

Adres

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

Nr telefonu, adres e-mail

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

Imię i nazwisko osoby towarzyszącej

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

Przewidywany termin porodu

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

uwagi

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

uwagi

zgłaszam swoje uczestnictwo w zajęciach w Szkole Rodzenia Joannitas, które odbywać się będą od miesiąca ………………………………………. w Szpitalu Joannitas w Pszczynie. Zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Szkoły Rodzenia Joannitas i akceptuję treść jego postanowień. Treść Regulaminu Szkoły Rodzenia Joannitas stanowi integralną część niniejszego formularza.

…………………………………………………………………..

Czytelny podpis

…………………………………………………………………..

Czytelny podpis osoby towarzyszącej