

3. Sposób realizacji usług w Przychodni.

- Bardzo dobrze Dobrze Źle Nie mam zdania

E. Dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Metryczka pacjenta

Płeć: K M Wiek

Wykształcenie:

Podstawowe Zawodowe Średnie Wyższe (licencjat) Wyższe (magister)

Bardzo dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.