

Dane wnioskodawcy

1. Imię i Nazwisko: Hanna Klimza
2. Miejsce pracy:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Wrocław, Centrum Badawczo - Rozwojowe,
Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław, Polska Oddział Otolaryngologiczny z
Pododdziałem laryngologii dziecięcej.
3. Adres korespondencyjny: 51-114 [REDACTED]
4. Nr telefonu: + [REDACTED]
5. Adres e-mail: [REDACTED]
6. Numer PESEL: [REDACTED]
7. Numer i seria dokumentu tożsamości w przypadku braku nadania numeru PESEL:

Hanna Klimza
(podpis wnioskodawcy)