



PODPIS ZAUFANY

HANNA
KLIMZA
18.07.2024 20:46:44 [GMT+2]
Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym

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:
4. Nr telefonu:
5. Adres e-mail:
6. Numer PESEL:
7. Numer i seria dokumentu tożsamości w przypadku braku nadania numeru PESEL:

Hanna Klimza
(podpis wnioskodawcy)