



ZAGŁOSUJ NA

SWOJEGO ULUBIONEGO

LEKARZA • PIEŁĘGNIARKĘ • PRZYCHODNIĘ

Sądecki/a lekarz/ka

Imię i nazwisko lekarza/ki

.....

Imię i nazwisko głosującego

.....

Numer tel. głosującego

.....

Głosując, akceptujesz informację o przetwarzaniu danych osobowych na potrzeby plebiscytu "Sądecki/a Lekarz/ka" oraz regulamin dostępny na stronie sadczechanin.info