Załącznik Nr 3

do Ogłoszenia o konkursie

**Lista osób korzystających z konsultacji geriatrycznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data** | **Numer****Suwalskiej Karty Mieszkańca** | **Podpis seniora** | **Podpis lekarza** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |