



Formularz rejestracyjny grupy peer-review w Dolnośląskim Oddziale Wojewódzkim KLRwP

Postanowienie powołania grupy peer-review zostało dokonane podczas walnego zebrania
w dniu..... w jednomyślną wolą
następujących lekarzy rodzinnych: *(wyraźne pieczętki)*

	Pieczętka lekarza rodzinnego	Pieczętka jego Praktyki i podpis LR
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

1. Tutor/Przewodniczący grupy pieczętka.....
2. Grupa peer-review – nazwa
3. Formularz złożono u Prezesa Oddziału Wojewódzkiego KLRwP w dniu
4. Osoba przyjmująca dokument rejestracyjny