

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych

Karta członka założyciela

| | |
|---|--|
| Nazwa jednostki | |
| Nr.Kr.Rej.Sądowego Regon | |
| Adres | |
| Telefon Adres mailowy | |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania. | |
| Ilość łóżek szpitalnych | |
| Zakres zabiegów operacyjnych operacyjnych roku | |
| Ilość porad ambulatoryjnych | |
| Ilość etatowego personelu lekarskiego | |
| Ilość łączna personelu lekarskiego | |
| Łączna ilość personelu zatrudnionego | |
| Czy Jednostka posiada kontrakt z kasą chorych | |
| Pieczętka Kierownika Jednoski | |
| Pieczętka nagłówkowa zakładu | |