Kołobrzeg, dnia ……………………………………..

**Kasa / Dział sprzedaży i windykacji**

**Regionalnego Szpitala**

 **w Kołobrzegu**

Imię i Nazwisko ………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………..

**Szkoła Rodzenia**

Kwota …………………………………………………………

Powyższa kwotę proszę wpłacić w Kasie Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu

w godz. od 07:30 do 14:30

w dniu ……………………………….

Podpis ……………………………….