

DALYVIO REGISTRACIJOS FORMA

Vardas, pavardė:	
Užsiregistravimo data:	
Įstaiga:	
Asmeninis(mobilus) telefonas, elektroninis paštas:	
Gydytojo licencijos pavadinimas, numeris, galiojimo data	
Pastabos:	
Informaciją pateikite:	Tel.: 8 5 2400475, 8 685 49510, 8 698 11011, faksu: 8 5 2400475 ir elektroniniu paštu: laimonas@dr.com