

.....  
(miejsowość, data)

.....  
Imię i nazwisko/ nazwa placówki

.....  
Ulica i numer siedziby/gabinetu

.....  
Kod i miejscowość siedziby

.....  
Telefon kontaktowy

.....  
Nr PWZ (jeśli dotyczy)

.....  
Nr REGON

.....  
Login do konta SolidnyPacjent.pl

**Prośba o aktywację konta  
na portalu SolidnyPacjent.pl**

W związku z faktem, iż wypełniam postanowienia Regulaminu, tj. prowadzę placówkę leczniczą/indywidualną praktykę lekarską, proszę o pełną aktywację konta na portalu [www.solidnypacjent.pl](http://www.solidnypacjent.pl).

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszej prośbie dane są zgodne z prawdą, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
Pieczętka i podpis

Skan prośby prosimy przesłać na adres mailowy: [weryfikacja@solidnypacjent.pl](mailto:weryfikacja@solidnypacjent.pl), po wcześniejszej rejestracji przy użyciu podanych danych.