
KAPITUŁA

LUBUSKI SAMARYTANIN

WNIOSEK O PRYZNANIE NAGRODY INSTYTUCJE, STOWARZYSZENIA, PLACÓWKI MEDYCZNE

ZGŁASZAJĄCY	
Nazwisko i Imię:	
telefon, e-mail,	

KANDYDAT DO NAGRODY	
Nazwa placówki	
Dane adresowe	

Opis działalności placówki

Uzasadnienie wniosku o przyznanie nagrody

Decyzja Kapituły

Miejscowość, data

Sekretarz Kapituły

Przewodniczący Kapituły



Duszpasterstwo Chorych
i Służby Zdrowia
Diecezji Zielonogórsko-Gorzowskiej



Narodowy Fundusz Zdrowia
Lubuski Oddział Wojewódzki w Zielonej Górze