

Zgłoszenia do projektu Łódzkie Centrum Postcovidowe (ŁCP)

LP	Imię	Nazwisko	Telefon	Mieszk. Województwa łódzkiego TAK	Osoba aktywna zawodowa bądź deklarująca aktywność TAK	COVID kiedykolwiek z potwierdzeniem i bez TAK
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Wypełnioną tabelę proszę wysłać na **email: lcp@wompcpl.eu** oraz **projekty@wompcpl.eu** lub mms 505 511 566. Dziękuję