CENTRUM MEDYCZNE PORAJÓW
ul. Porajów 3 A, Warszawa
tel.: 500 436 500

DZIENNICZEK SPOŻYWANYCH POKARMÓW

Imię i nazwisko: .....

DATA / GODZINA	POSIŁEK (wpisać - np. śniadanie, kolacja, przekąska i.t.p.)	SKŁAD POSIŁKU (wpisać – np. zupa pomidorowa, bułka pszenna, cukier)	ILOŚĆ POSIŁKU (wpisać orientacyjnie – np. 1 szklanka, 1 sztuka, 2 łyżeczki herbaciane)

DATA / GODZINA	POSIŁEK (wpisać - np. śniadanie, kolacja, przekąska i.t.p.)	SKŁAD POSIŁKU (wpisać – np. zupa pomidorowa, bułka pszenna, cukier)	ILOŚĆ POSIŁKU (wpisać orientacyjnie – np. 1 szklanka, 1 sztuka, 2 łyżeczki herbaciane