

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оказанных медицинских услугах :

Пациент

Фамилия*

Имя*

Отчество*

Дата рождения*

За год/годы*

(Поставьте галку)

<input type="checkbox"/>	2021
<input type="checkbox"/>	2022
<input type="checkbox"/>	2023

Плательщик по договору

Фамилия*

Имя*

Отчество*

Телефон*

Адрес электронной почты

Справку удобно получить по адресу:

(Поставьте галку)

<input type="checkbox"/>	ул. Ак. Лебедева дом 4/2
<input type="checkbox"/>	ул. Оптиков д. 54

Дополнительный комментарий (ФИО доверенного лица,
дополнительные контактные телефоны и др.)

**Я согласен на обработку
персональных данных***

(Поставьте галку)

* - обязательные поля