

ЗАЯВКА

Пациент:

Фамилия: _____ Имя: _____
Адрес: _____ Код города: _____
Страна: _____ Дата рождения: _____
Телефон: _____ Факс: _____
Пол: Муж. Жен. E-mail: _____

Контактное лицо: *(если не идентично пациенту)*

Имя: _____ Компания: _____
Адрес: _____ Код города: _____
Страна: _____
Тел./Факс: _____

Знание языков: Немецкий Французский Английский

Диагноз (если известен):

Требуемые медицинские услуги: _____

Предпочтительные даты поездки: _____

Предпочтительное место обслуживания: Geneva Zürich Bern Lausanne Aarau
 Luzern Cham/Zug Basel Heiden Schaffhausen Berlin Lugano

Вы уже обращались в эту клинику (специалисту) ранее? Да Нет

Причина обращения? _____

Требуемые дополнительные услуги: (переводчик, трансфер, лимузин, VIP встреча в аэропорту, отель, резиденция в клинике, сопровождение, и.т.д.):

Подпись пациента

« ___ » _____ 2011