

Заявка пациента на участие в Программе «Тайный пациент»

Я, _____,

Фамилия, имя, отчество, дата рождения

уже являюсь клиентом клиники

планирую стать клиентом клиники в ближайшее время

Изъявляю желание принять участие в Программе «Тайный пациент», готов дать объективную информацию по вопросам, указанных в чек-листе.

С условиями Программы ознакомлен.

Для связи со мной прошу использовать:

Адрес _____

Телефон _____

Электронную почту _____

Дата _____ **Подпись** _____ **Расшифровка** _____

Согласие на обработку персональных данных