

## Заявка пациента на участие в Программе «Тайный пациент»

Я, \_\_\_\_\_,

Фамилия, имя, отчество, дата рождения

уже являюсь клиентом филиала

планирую стать клиентом филиала в ближайшее время

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

**С условиями Программы ознакомлен.**

**Для связи со мной прошу использовать:**

Адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Электронную почту \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Расшифровка \_\_\_\_\_