Заявка на проведение дистанционной консультации.

ФИО пациента _____

Дата рождения_____

Дата последнего прохождения лечения в стационаре нашего Центра_____

ФИО лечащего врача_____

Контактный телефон_____

Контактный e-mail_____

ФИО контактного лица_____