Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
имени академика С. Н. Фёдорова» Минздрава РФ

Заявка на участие **в Программе «Тайный пациент»**

Я, _____
Фамилия, имя, отчество, дата рождения

☐ Уже являюсь клиентом Клиники ☐ Планирую им стать

Предварительный диагноз (жалобы): _____

_____

_____

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

Для связи со мной прошу использовать:

Телефон: _____

Электронную почту: _____

_____/_____/_____
Дата Подпись Расшифровка подписи

С условиями Программы ознакомлен _____/_____
Подпись Расшифровка подписи

Согласен на обработку моих персональных данных, в соответствии с «Политикой в отношении обработки персональных данных», опубликованной на сайте mntkcheb.ru _____/_____
Подпись Расшифровка подписи

Полные условия Программы опубликованы на официальном сайте Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России
mntkcheb.ru