**Адрес: г.Москва 115114**

**Ул. Дербеневская дом 1/6**

**Тел: +7(495) 620-49-69, +7(925)194-35-85**

**Address: 1/6 Derbenevskayastr.**

**115114Moscow, Russia**

[**Tel:+7(495)**](Tel:+7(495)) **620-49-69, +7(925) 194-35-85**

**E-mail: [marketing@windoww.ru](mailto:marketing@windoww.ru)** **web-site:[www.windoww.ru](http://www.windoww.ru)**

ИНН/ КПП: 7725837335/772501001, Р/с: 40702810200000023893, ПАО «Промсвязьбанк», г. Москва

К/с: 30101810400000000555 БИК: 044525555 ОКПО 34615227 ОКВЭД: 63.3 ОГРН: 1147746868114

**Заявка на лечение**

**Заполните, пожалуйста, более подробно анкету, для боле точного ответа Вам.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name of the patient/ФИО** |  |
| **DOB / Дата рождения** |  |
| **Gender/Пол (М / Ж)** |  |
| **Country, City /Страна, город** |  |
| **Diagnosis/Диагноз** |  |
| **Current patient’s condition and complaints / Текущее состояние пациента и**  **жалобы** |  |
| **Patient’s medical records/**  **Выписка из истории заболевания пациента** |  |
| **Patient’s questions/ Пожелания и вопросы пациента** |  |
| **Attached files/ Прикрепленные файлы**  **(Прикрепите, пожалуйста, все медицинские справки/выписки, снимки и отправьте нам, для более точного анализа)** |  |
| **Home address / Домашний адрес**  **Phone number / Телефон**  **Mail /эл.почта**  **Нужно для регистрации в Клинике, в случае если вы решили поехать** |  |

*Все ваши данные конфиденциальны и не будут переданы третьим лицам, кроме клиник.*