**Форма заявки на лечение**

Начало формы

|  |  |
| --- | --- |
| Желаемое лечение \*(в свободной форме) |  |
| **Поля обязательны к заполнению!!** **(Пожалуйста, укажите контактный e-mail или телефон, чтобы мы могли связаться с Вами)** |
| Ваше имя |  |
| E-mail |  |
| Телефон |  |

\* Заполните в свободной форме историю вашей болезни, отправьте нам и менеджеры  Soleans Swiss
в ближайшее время свяжутся с Вами и помогут подобрать наиболее эффективный вид лечения.

Если у вас есть возможность прислать нам свою историю болезни пишите soleans@sovintel.ru

Конец формы