

Цаг товлох

*Заавал бөглөх хэсэг

өвчтөний бүртгэлийн дугаар		
* Нэр	Нэр	Овог
* хүйс	<input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Эмэгтэй	
* төрсөн он сар өдөр		
* имейл		
* Гар утас		
* Яаралтай үед холбогдох дугаар		
* Гадаад паспортын дугаар		
* Гадаад паспортын дуусах хугацаа		
* Улс		
* Хэл	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Русский язык <input type="checkbox"/> 中國語 <input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> монгол хэл <input type="checkbox"/> Others	
Солонгост ирэх өдөр		
Байх хугацаа		
Хаяг (Солонгост)		
Хаяг (одоо амьдардаг хаяг)		
* Олон улсын даатгал	<input type="checkbox"/> Байгаа_____ <input type="checkbox"/> Байхгүй	
* Солонгосын эрүүл мэндийн даатгал	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
Шинж тэмдэг & хэрэгтэй эмнэлгийн үйлчилгээ		

Бусад санал хүсэлт	
--------------------	--

Онлайнаар холбогдох боломжгүй үед бичиг баримтыг татаж бөглөөд имейлээр явуулна уу. Шалгаад хамгийн хурднаараа хариу өгөх болно.

ОГНОО _____

ТЭВЧЭЭРТЭЙ _____

энд бүртгүүл _____

