

Бронирование

*Обязательные поля

Регистрационный номер пациента		
* Имя	Имя	Фамилия
* Пол	<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина	
* Дата рождения		
* Электронная почта		
* Номер мобильного телефона		
* Экстренный контактный номер		
* Номер паспорта		
* Дата окончания срока действия паспорта		
* Страна		
* Язык	<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	
Дата прибытия в Корею		
Период пребывания		
Адрес (Корея)		
Адрес (фактическое место жительства)		
* Международное страхование	<input type="checkbox"/> Есть _____ <input type="checkbox"/> Нет	
* Медицинское страхование в Корею	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Симптомы и необходимые медицинские услуги		

Другое	
--------	--

Если вы не можете связаться с нами онлайн, загрузите документ и отправьте его нам по электронной почте. После проверки данных, мы свяжемся с вами как можно скорее.

Дата _____

Терпеливый _____

подпишите здесь _____

