

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 _____

