

- \* 1. Фамилия
- \* 2. Имя
- \* 3. Отчество
- \* 4. Дата рождения       г.  
число      месяц      год
- \* 5. Почтовый адрес:  
Индекс   
Страна   
Область   
Район   
Населенный пункт г.  а.г.  д.  г.п.  п.  п.г.т.   
Иное   
ул.  пер.  пр-т  пл.  пр-д  б-р  тр-т  шоссе   
Иное   
Дом  Корпус  Квартира   
6. Домашний телефон: +375         
код города      номер  
7. Мобильный телефон:  
Velcom  МТС  Life  +375        
номер  
8. Количество членов семьи (муж/жена, дети)
9. E-mail:
- \* С правилами дисконтной программы  
ознакомлен и согласен \_\_\_\_\_  
подпись

\* Поля обязательные для заполнения

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ ОБЪЕКТА

- № карты  9  9  0  0  2
- Дата подключения клиента  
к дисконтной программе       г.  
число      месяц      год
- Адрес аптеки, подключившей клиента  
к дисконтной программе \_\_\_\_\_
- Фамилия работника аптеки, подключившего клиента к дисконтной программе  
\_\_\_\_\_  
подпись

## СОЦИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА

1. Дата подключения       г.  
число      месяц      год
2. Вид документа (отметить):
- пенсионное  
Действует до       г.
- инвалида (всех групп).  
Действует до       г.
- многодетной семьи.  
Действует до       г.
- родителя, находящегося в отпуске  
по уходу за ребенком до 3-ех лет.  
Статус истекает:       г.
- ветерана войны, труда
- участника ликвидации последствий аварии на ЧАЭС
3. № документа.  
Серия     №

В случае участия в социальной программе пункты 1,2,3  
обязательны для заполнения

[www.healthplanet.by](http://www.healthplanet.by)

Инфолиния:  
8 801 100 50 50