Форма отзыва о медицинском и фармацевтическом работнике

|  |
| --- |
| Ваше ФИО |
|  |
| Контактные данные: номер телефона или домашний адрес |
|  |
| ФИО медицинского, фармацевтического работника, которому хотите выразить благодарность |
|  |
| Должность медицинского, фармацевтического работника |
|  |
| Место работы медицинского, фармацевтического работника |
|  |
| Отзыв о работе медицинского, фармацевтического работника |
|  |