

1							
2							
3							
4							
5							

Данные сообщаемого лица

Врач Другой специалист системы здравоохранения Пациент Иной

Контактный телефон/e-mail:* _____

Ф.И.О _____

Должность и место работы _____

Дата сообщения _____

* поле обязательно к заполнению

Сообщение может быть отправлено:

- e-mail: safety@refnot.ru,
- он-лайн на сайте www.refnot.ru
- почтовый адрес: 123557, г. Москва, Пресненский Вал, д. 17, строение 1, ООО «Рефнот-Фарм»