

القوة من أجل الحياة استمارة تسجيل (العربية/ARABIC)

اسم جهة تزويد برنامج SFL:

الاسم:

تاريخ الميلاد:

المنطقة:

الرمز البريدي:

الهاتف:

الجنس:

البريد الإلكتروني:

بلد الولادة

الجهة التي أحالتك إلى برنامجنا؟

- عيادة طبية
- معالجة بدنية طبيعية
- خدمات إعادة التأهيل
- خدمات تجنُّب السقوط أرضاً
- عيادة صحة
- برنامج نمط الحياة الصحية

أوافق على أن تُستعمل المعلومات ذات الصلة بتسجيلي في برنامج القوة من أجل الحياة لغرض الترويج للبرنامج وتقييمه. المعلومات التي يتم جمعها سَتُعالج بسرية مع احترام الخصوصية.

التوقيع:

التاريخ:
