

فرم ثبت نام **Strength for Life** (فارسی)

نام تسهیلات **SFL**:

نام:

تاریخ تولد:

محل سکونت:

کدپستی:

تلفن:

جنسیت:

ایمیل:

کشور محل تولد:

معرف :

- مرکز ارائه خدمات پزشکی (Medical Practice)
- فیزیوتراپی
- خدمات بازپروری
- خدمات پیشگیری Falls
- کلینیک سلامت
- برنامه سبک زندگی سالم (Health Lifestyle Program)

بدینوسیله موافقت می نمایم اطلاعات مربوط به ثبت نام اینجانب در برنامه *Strength for Life*، جهت ارتقا و ارزیابی برنامه مورد استفاده قرار گیرد. اطلاعات جمع آوری شده محرمانه تلقی می گردد.

امضاء

تاریخ
