



1							
2							
3							
4							
5							

<b>Данные сообщаемого лица</b>							
<input type="checkbox"/> Врач <input type="checkbox"/> Другой специалист системы здравоохранения <input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Иной							
<b>Контактный телефон/e-mail:*</b> _____							
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»