**г. Алматы мкр. Самал 2 д.95/4**

**тел.: 341 07 05; +7 (707) 388 66 65**

**Направление**

Ф.И.О. ${customer\_full\_name} год рождения: ${customer\_birth\_date}

Диагноз: ${Diagnosis}

Направляется на ${napravlyaetsya\_na}

Дата осмотра ${created\_at} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача (М.П.)

**г. Алматы мкр. Самал 2 д.95/4**

**тел.: 341 07 05; +7 (707) 388 66 65**

**Напрaвление**

Ф.И.О. ${customer\_full\_name} год рождения: ${customer\_birth\_date}

Диагноз: ${Diagnosis}

Направляется на ${napravlyaetsya\_na}

Дата осмотра ${created\_at} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача (М.П.)