

Стоматология « Улыбка»

Купон № _____

Дата _____

Предъявитель (ФИО) _____

Телефон _____

Условия проведения акции « _____ »:

1. Акция проводится с _____ по _____ включительно.
2. Купон даёт право на скидку _____ 1 раз по акции
« _____ »
3. Лечение (заполняется лечащим врачом)

(врач подпись)

4. Один купон даёт право прохождения программы для одного человека не позднее срока окончания акции. Если Вы посетите клинику вдвоём или компанией, - необходимо распечатать купон для каждого.

Спасибо за Ваш выбор !

Место для отзыва _____

