

புதிய வாடிக்கையாளர் தொடர்புத் தகவல்

பெயர் \_\_\_\_\_

வீதி விலாசம் \_\_\_\_\_

நகரம் மாகாண தபால் குறியீட்டு எண் \_\_\_\_\_

தொலைபேசி (வீடு) \_\_\_\_\_ (கைபேசி) \_\_\_\_\_ (அலுவலகம்) \_\_\_\_\_

மின்னஞ்சல் \_\_\_\_\_

விபத்து நடந்த தேதி \_\_\_\_\_

விபத்தின் வகை (ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்)

மோட்டார் வாகன விபத்து  வழக்கி விழுதல்  மற்றவை

காயங்கள் \_\_\_\_\_

பிறந்த தேதி \_\_\_\_\_ உடல்நல அட்டை (OHIP) எண் \_\_\_\_\_

முதலாளி \_\_\_\_\_

பணி வழங்குநர் \_\_\_\_\_

பணி செய்த காலம் \_\_\_\_\_

மருத்துவர் அல்லது பொது மருத்துவரின் (GP) பெயர் \_\_\_\_\_

மருத்துவரின் தொலைபேசி எண் \_\_\_\_\_

மருத்துவரின் விலாசம் \_\_\_\_\_

உடலியக்க மருத்துவரின் பெயர் \_\_\_\_\_

உடலியக்க மருத்துவரின் தொலைபேசி எண் \_\_\_\_\_

உடலியக்க மருத்துவரின் விலாசம் \_\_\_\_\_