

FRANKLIN LAW FIRM

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 _____