(Ph) 541.773.9772
(Fx) 541.773.1113
www.CompleteCare.net

Testimonio y autorización del paciente

¡Cuéntanos sobre tu excelente experiencia en Complete Care!

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Autorización y divulgación de información: Entiendo que mi testimonio anterior puede ser utilizado en relación con la divulgación y promoción de Complete Care. Autorizo a Complete Care a usar mi nombre, breve información biográfica y el Testimonio para ser utilizado en publicaciones impresas, presentaciones multimedia, en sitios web o en cualquier otro medio de distribución.

He leído la autorización y la divulgación de información y doy mi consentimiento para el uso de mí:☐ Testimonio Escrito☐ Testimonio en Video☐ Revision en Linea

Nombre impreso: _____
Firma: _____
Fecha: _____