

**Заявление о вступлении  
в Программу лояльности сети клиник АВС-медицина  
«Бонус на здоровье»**

**Данные Участника Программы:**

Фамилия\* \_\_\_\_\_

Имя\* \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Контактная информация Телефон\* +7(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю, что я ознакомлен(а) и согласен(на) с условиями Положения о бонусной программе лояльности сети клиник АВС-медицина «Бонус на здоровье».

Дата \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Подпись Участника Программы \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

\* Поля, которые необходимо заполнить для доступа в Личный кабинет, для получения информации о начислении/списании бонусов, для списания бонусов (поля, обязательные для заполнения).

Доверенные лица имеют право начислять/списывать бонусы с Единого бонусного счёта по своему усмотрению. Владелец счёта имеет право исключить доверенное лицо из Единого бонусного счёта по собственному желанию, без предварительного оповещения доверенного лица. При этом бонусный счёт полностью принадлежит Владельцу и не подлежит разделению с доверенным лицом