

## Запит на отримання зразків препарату Notumor

Від: \_\_\_\_\_

(ПІБ лікаря, посада, медичний заклад)

Контактний телефон: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

---

Прошу надати зразки препарату Notumor для проведення дослідного застосування

на наступну кількість пацієнтів: \_\_\_\_\_.

Мета застосування препарату:

\_\_\_\_\_.

Після застосування надам звіт у вільній формі з результатами спостережень.

Підпис: \_\_\_\_\_ Печатка (за наявності): \_\_\_\_\_