

Formulario de solicitud de cliente existente:

Fecha de nacimiento del cliente:

Nombre completo del cliente:

Nombre preferido del cliente:

Número de teléfono del cliente:

¿Cómo podemos ayudar?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agregar a la lista de correo/correo electrónico | <input type="checkbox"/> Batido de proteínas: muestra de vainilla |
| <input type="checkbox"/> Kit de atención cómoda para adultos con cáncer | <input type="checkbox"/> Batido de proteínas: caja sin sabor (1,65 lbs) |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de gasolina | <input type="checkbox"/> Batido de proteínas: muestra sin sabor |
| <input type="checkbox"/> Cubierta para la cabeza | <input type="checkbox"/> Batido de proteínas: caja de bayas (1,65 lbs) |
| <input type="checkbox"/> Clases de reducción del estrés basadas en la atención plena | <input type="checkbox"/> Edredón/Manta |
| <input type="checkbox"/> Almohada de puerto | <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Batido de proteínas: caja de chocolate (1,65 lbs) | <input type="checkbox"/> Peluca |
| <input type="checkbox"/> Batido de proteínas: muestra de chocolate | <input type="checkbox"/> Inseguro |
| <input type="checkbox"/> Batido de proteínas: caja de vainilla (1,65 lbs) | <input type="checkbox"/> Otro |

Al firmar a continuación, usted brinda su consentimiento para que Wellness Place se comunice con el cliente y/o su equipo de atención para verificar la información y las solicitudes. Si usted no es el cliente, su firma confirma que el cliente acepta que usted envíe esta información y firme en su nombre. Si alguna de la información anterior no parece clara, comuníquese con Wellness Place

antes de firmar.

Firma
