**Для потребителей лекарственного препарата**

Имя\*

Страна\*

Возраст\*

**Пол**\* Выберите

Контактные данные для обратной связи (телефон или e-mail)\*

Торговое название лекарственного препарата, который Вы применяли (см. упаковку)\*

№ Серии (см. упаковку)\*

Информация о нежелательной реакции/отсутствии эффективности\*

Отправляя эту форму, вы принимаете нашу политику конфиденциальности и даёте согласие на обработку ваших персональных данных.