

Reklamační formulář

Reklamační formulář			
Indikující lékař	<input type="text"/>	Laboratoř	<input type="text"/>
Číslo lab. nálezů	<input type="text"/>	Typ vyšetření	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Popis reklamace <input type="text"/>			
Červená pole je třeba vyplnit.			
Odeslat dotaz			
<input type="text"/>			

-
