

# «Методики Точки ЗеРо»

## контактные данные и заявление

Инструкция:

Пожалуйста заполните секции "А", "В" и "Е" соответствующе или пишите «нет», прочтите и подпишите секции "С" и "D", потом отправте Dr. Gerard, PO Box 74, Binghamton, NY ·13903 USA · Телефон 607-724-2438

### (А) Личное

Имя \_\_\_\_\_ Контактные данные: \_\_\_\_\_

Домашний адрес:

\_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Область \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_  
Страна \_\_\_\_\_

Домашний телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_ Сотовый телефон:

\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Веб-сайт: \_\_\_\_\_

Род занятий: \_\_\_\_\_ Вам нравится ваша работа? \_\_\_\_\_

Женат (замужем) \_\_\_\_\_ Разведён(а) \_\_\_\_\_ Живём раздельно \_\_\_\_\_ Никогда не был(а) женат (замужем) \_\_\_\_\_ Был(а) женаты (замужем) раньше \_\_\_\_\_  
Имя и фамилия супруга(и) \_\_\_\_\_

| Имена детей/возраст: | Принимаемые препараты. Пожалуйста, перечислите какие препараты вы принимаете в данный момент. |
|----------------------|---|
| (1) _____ / _____    | Название _____ Доктор _____   |
| (2) _____ / _____    | 1. _____  |
| (3) _____ / _____    | 2. _____  |
| (4) _____ / _____    | 3. _____  |

Особые требования, или комментарии

**(B) Бизнес**

Кому выдана \_\_\_\_\_

М/С - VISA

Discover – AMEX \_\_\_\_\_

Срок окончания действия \_\_\_\_\_

3-х значный код (CCV) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Клиенты использующие кредитные карты, или PayPal должны подписать эту форму. Также, пожалуйста, пришлите нам на e-mail 3-х значный код (CCV), находящийся на обратной стороне кредитной карты (в целях вашей безопасности, не пишите его здесь).

**(C) Заявление (освобождение от ответственности)**

Этим заявлением я подтверждаю, что даю разрешение Практикующим, Жельке Роксандич и/или Доктору Роберту Джерарду, провести дистанционную духовную диагностику — чтение и исцелить меня при помощи их технологий «Точки ЗеРо для исцеления». Я понимаю, что эта целительная сессия не является медицинским вмешательством, и что не будет дано никаких медицинских советов. Всё психологическое лечение будет совершенно с Духовной точки зрения. Я согласен с тем, что данные целительные сессии не используют медицинских препаратов, наркотиков, хирургических инструментов и беру на себя ответственность за те, или иные состояния, происходящие со мной от данных сессий. Этим заявлением я подтверждаю, что отказываюсь от любых форм судебных тяжб, или требований, заявлений о ненадлежащем врачевании, относительно Практикующих — Жельки Роксандич и Роберта Жерарда

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_