

Want to learn more about WelbeHealth?

Please fill out this card and give it to the WelbeHealth representative.

- YES, I want WelbeHealth to contact me with more information about the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).**
- NO, I do not want WelbeHealth to contact me.**

First name _____ Last name _____

Phone _____ Email _____

Best time to call: morning afternoon

For internal use

Program location _____

Date _____



¿Desea saber más acerca de WelbeHealth?

Por favor llene esta tarjeta y entrégueselo a un representante de WelbeHealth.

- Sí, deseo que WelbeHealth se comuniqué conmigo con más información sobre el Programa de cuidados integrales para personas mayores (PACE).**
- NO, deseo que WelbeHealth se comuniqué conmigo.**

Nombre _____ Apellido _____

Teléfono _____ Email _____

Mejor hora para llamar en la mañana por la tarde

For internal use only

Program location _____

Date _____

