УВЕДОМЛЕНИЕ

Я,   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. р.,

в доступной форме проинформирован(а) исполнителем ГБУЗ «Городская поликлиника №1» г.о. Нальчик о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

«\_\_»  \_\_\_\_\_\_\_\_  202 г.

        /  \_\_\_\_\_\_\_\_ /