

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____, _____ Г. р.,

в доступной форме проинформирована исполнителем («ГУЗ
Городской родильный дом») 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.

«__» ____ 2023

_____/____/