

**Уведомление
о возможности получения помощи в рамках программ государственных гарантий**

Я, _____
(Ф. И. О. пациента, полностью)

информирован(а) о возможности получения 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.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(Ф. И. О.)