

Заява

Я, _____,
заявляю, що:

- З Публічним договором надання медичних послуг Комунального некомерційного підприємства «Обласна лікарня інтенсивного лікування м. Маріуполь» ознайомлений (на) та приєднуюсь до нього.

QR-код

- З Правилами внутрішнього розпорядку Комунального некомерційного підприємства «Обласна лікарня інтенсивного лікування м. Маріуполь» ознайомлений (на) та зобов'язуюсь їх виконувати.

QR-код

Підпис _____ / _____ /

«___» _____