**Памятка**

**для пациентов**

**Уважаемый пациент!**

 **Ваша безопасность во время нахождения в**

 **поликлинике является нашей главной задачей.**

 **Во избежание случайных ошибок, персонал ГБУ**

 **«Стоматологическая поликлиника №1 г. Грозного», перед**

 **оформлением Вас в регистратуре, проведением**

 **диагностических и лечебных процедур, неоднократно**

 **будет просить вас назвать свои личные данные:**

 **Фамилию, Имя, Отчество (при наличии),**

 **дату рождения.**

 **При оформлении на прием к врачу в регистратуре**

 **необходимо предъявить документ, удостоверяющий**

 **личность (паспорт).**

 **Просим вас с пониманием отнестись к данной процедуре.**

**Администрация ГБУ «СП №1»**

 **желает Вам скорейшего выздоровления!**