

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар КНП

«Голованівський ЦПМСД»

_____ М. Фоменко

« ____ » _____ 20__ р.

Г Р А Ф І К

**особистого прийому громадян керівництвом
комунального некомерційного підприємства
«Голованівський центр первинної медико-
санітарної допомоги» Голованівської районної
ради**

Посада, прізвище, ім'я, по батькові керівника	Особистий прийом
Головний лікар ФОМЕНКО Марина Петрівна	Щосереді з 10.00 до 12.00 год.

Телефон приймальні головного лікаря - 2-22-99
