Приложение № 1

к Положению об обеспечении

семей товарами при рождении детей

**Форма № 1**

**Медико–санитарное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Юридический адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Месяц/год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Список бенефициаров товаров при рождении детей**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **пп/п** | **Имя,**  **фамилия** | **IDNP**  **бенефициара** | **Номер**  **медицинской справки о рождении** | **Населенный пункт,район** | **Количество полученных единиц** | **Подпись бенефициара** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Подпись руководителя, печать учреждения*