

***Примечание. Доплаты программой благотворительной (бесплатной) медицинской помощи не предусмотрены. Ответственность несет пациент. ***

Прочее: _____ Подпись
исполнителя _____

Заполненное заявление отправьте по адресу: Mount Nittany Medical Center, P.O.Box 1259, State College, PA 16804-1259