**Отчетная форма о проведении Всемирного дня безопасности пациентов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№№****п/п** | **Наименование** | **Значение** |
| 1 | Наименование медицинской организации | ГАУЗ СО «Красноуральская ГБ» |
| 2 | Информация об участии работников медицинских организаций в запланированных на федеральном уровне мероприятиях |  |
| 3 | Информация об участии в интерактивном опросе |  |