

Centers for Medicare & Medicaid Services
c/o Survey Processing
[INSERT VENDOR ADDRESS]



2024 년 2 월 28 일

LNAME FNAME 님께

이것은 메디케어 의약품 보험과 관련한 경험을 묻는 중요한 설문조사에 참여해주시길 부탁드립니다. 귀하께서는 **며칠 후 설문조사 참여 초대장을 받으실 것입니다.**

설문조사를 완료하여 귀하의 의견을 알려주시기 바랍니다. 귀하의 답변으로 메디케어 서비스를 개선하고 메디케어를 이용하는 다른 사람들이 의약품 보험을 선택하는 것을 도울 수 있습니다.

웹 브라우저에 이 주소를 입력하면 **지금 온라인으로 설문조사를 작성하실 수도 있습니다.**

[WEB SURVEY URL]

입력해야 하는 설문조사 코드는 다음과 같습니다: **«PIN»**

귀하의 도움에 미리 감사드립니다. 설문조사에 관하여 질문이 있는 경우 메디케어 협력 설문조사 기관에 전화해주시오. 수신자 부담 전화 1-XXX-XXX-XXXX, 월요일~금요일 XXam~XXpm [INSERT TIME ZONE].

감사합니다

Vanessa S. Duran
Medicare Drug Benefit and C & D Data Group
Centers for Medicare & Medicaid Services