

13. ЖҮМЫС ІСТЕУГЕ РУҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат		Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
	« _____ » жылғы, күні, айы	« _____ » Допуск к работе Дата, месяц, год	
			
		<p><i>М. 14.01.20</i></p> <p><i>08.08.2021</i></p> <p><i>08.08.2021</i></p>	

13. ЖҮМЫС ІСТЕУГЕ РУҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат		Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
	« _____ » жылғы, күні, айы	« _____ » Допуск к работе Дата, месяц, год	
			