

Күні
Дата

Жұмыс істеуге рұқсат

Жаңбы, күні, айы
Долуєк к работе
« »
Дата, месяц, год

Денсаулық сақтау
субъектілерінің жауапты
маманының Т.А.Ә., қолы, мөр
(бар болса)
Ф.И.О., подпись ответственного
специалиста субъектов
здравоохранения, печать
(при наличии)

Долуєк 2022.08.11

Медикал А.Б.

ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана»
« » Долуєк к работе
№ 0820
Врач А.Б.

Handwritten signature in blue ink.