

Күні
Дата

Жұмыс істеуге рұқсат

« ____ »

жылы күні айы

Долгосрочное

Долгосрочное

Долгосрочное

Долгосрочное

Долгосрочное

Денсаулық сақтау субъектілерінің
жауапты маманының Т.А.Ә.,
Қолы, мөрі

Ф.И.О., подпись ответственного
специалиста субъектом
здравоохранения, печать



ТОО «Медицинский центр «Жардам Астана»
с. «Долгосрочное к работе»
по «01» 08 20 2022 г.
Врач

10889