Күні Дата	рұқсат _____«____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
	ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана» Допуск к работе с "09" 08 2022 по "21" 06 2023 Врач_____	

1675