Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «__» _____ жылы, күні, айы Допуск 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)
	Допуск до 29.06.2022.	
	Имашев А.Р.	
	ТОО «Медицинский центр «Кордай Астана» Допуск к работе с "03" 08 20 22 г. по "03" 08 20 25 г. Врач	1385

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «__» _____ жылы, күні, айы Допуск 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)