

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРИ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



1. Тегі
Фамилия **Алтынсарина**

2. Аты
Имя **Алтынсарина**

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) **Алтынсарина**

серия/серия №
номер/номер

5. Кітапша нөсрлігі және коды
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA № **714941**

2

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ
НЕСІ ТУРАЛЫ МӨЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ
ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы
Должность

3. Жұмыс орны
Место работы

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения

5. Мекен-жайы
Место жительства

басматқы

**МЕДИЦИНАЛЫҚ
КІТАПША**

АЛТЫНСАРИНА

10.12.1987

с. Сауықорған

**МЕДИЦИНСКАЯ
КНИЖКА**

3

13. ЖҮМЫС ІСТЕУГЕ РҮКСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат жылды, күні, айы Допуск к работе дата, месяц, год	Денсаулық сияту субьекстардың жауапты маманнаы Т.А.Ә., қолы, мор (бар болса) Ф.И.О., немесе ответственного специалиста субъекта здравоохранения, печать (при наличии)
20.22.10.2022	237 90 20.22.10.2022	Денсаулық сияту субьекстардың жауапты маманнаы Т.А.Ә., қолы, мор (бар болса) Ф.И.О., немесе ответственного специалиста субъекта здравоохранения, печать (при наличии) Денсаулық сияту субьекстардың жауапты маманнаы Т.А.Ә., қолы, мор (бар болса) Ф.И.О., немесе ответственного специалиста субъекта здравоохранения, печать (при наличии) ШАРУАҚЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ АТЫҒЫНДАҒЫ МЕДИЦИНА ЖӘМҮНАСЫНА ҚЫСҚАРТЫЛ ҚАТЫСТЫ АНГЛАНАМА № 237 90 20.22.10.2022
		АКЦИЈА ОБЪЕКТИ ДЕНСАУТЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАЛЫҒЫНА ҚАТЫСТЫ АНГЛАНАМА САҚТАУ БАСҚАРМАЛЫҒЫ АТТЫҒЫНДАҒЫ МЕДИЦИНА ЖӘМҮНАСЫНА ҚЫСҚАРТЫЛ ҚАТЫСТЫ АНГЛАНАМА № 18851 20.22.10.2022
		АКЦИЈА ОБЪЕКТИ ДЕНСАУТЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАЛЫҒЫНА ҚАТЫСТЫ АНГЛАНАМА САҚТАУ БАСҚАРМАЛЫҒЫ АТТЫҒЫНДАҒЫ МЕДИЦИНА ЖӘМҮНАСЫНА ҚЫСҚАРТЫЛ ҚАТЫСТЫ АНГЛАНАМА № 18851 20.22.10.2022

13. ЖҮМЫС ІСТЕУГЕ РҮКСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат жылды, күні, айы Допуск к работе дата, месяц, год	Денсаулық сияту субьекстардың жауапты маманнаы Т.А.Ә., қолы, мор (бар болса) Ф.И.О., немесе ответственного специалиста субъекта здравоохранения, печать (при наличии)
		Денсаулық сияту субьекстардың жауапты маманнаы Т.А.Ә., қолы, мор (бар болса) Ф.И.О., немесе ответственного специалиста субъекта здравоохранения, печать (при наличии)