

ПОСВІДЧЕННЯ № _____

Місце для
фотографії

Видано _____
(прізвище,

ім'я,

М.П. _____
по батькові)

про те, що _____ 20__ року він (вона) проходив(ла)
атестацію в атестаційній комісії при _____

(найменування органу охорони здоров'я)

і наказом по _____
(найменування органу охорони здоров'я)

від _____ 20__ року № _____ йому (їй) присвоєна
(підтвержена) кваліфікаційна категорія зі спеціальності _____

(назва спеціальності згідно з Номенклатурою лікарських спеціальностей)

(категорія)

Керівник органу охорони здоров'я _____
(підпис) _____ (П.І.Б.)

Голова атестаційної комісії _____
(підпис) _____ (П.І.Б.)

М.П.

Дійсне до "___" _____ 20__ року

Продовжено до "___" _____ 20__ року

Наказом по _____
(найменування органу охорони здоров'я)

від "___" _____ 20__ року № _____

Керівник органу охорони здоров'я _____
(підпис) _____ (П.І.Б.)

Голова атестаційної комісії _____
(підпис) _____ (П.І.Б.)