



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫК
КІТАПША

1. Тегі
Фамилия

Мұстафашев

2. Аты
Имя

Ахметбек

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

Берматбеков

4.
сервисы/серия

№

025690111

номери/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

Мұстафашев

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫК
КІТАПША

6. Жеке медициналық кітапшаның сервисы
Серия личной медицинской книжки

AA

№

781620

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫК КІТАПШАНЫҢ
ИЕСІ ТУРАЛЫ МАЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ
ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

Әлеуметтік медицина

әртүрлі спорт бағыттары

2. Лауазымы
Должность

Әлеуметтік медицина

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫК
КІТАПША

3. Жұмыс орны
Место работы

Әлеуметтік медицина

Астана қаласы Астана облысы

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения

29.04.1986

5. Мекен-жайы
Место жительства

Түркістан облысы

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫК
КІТАПША

Зериханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы	Медициналық тексеріп-карау жүргізген дәрігердің қолы және мөрі
Күні Дата	ШЖК «Қазақстан Республикасының денсаулығы» МКК (бар болса) Ф.И.О. Подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр

1708.21
Дата
Дәрігер
Врач
Г. Астана К.

2508.22
Дата
Дәрігер/врач
Г. Астана К.

Зериханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы	Медициналық тексеріп-карау жүргізген дәрігердің қолы және мөрі
Күні/дата « 25 08 22 »	ШЖК «Қазақстан Республикасының денсаулығы» МКК (бар болса) Ф.И.О. Подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр

Зериханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы	Медициналық тексеріп-карау жүргізген дәрігердің қолы және мөрі
Күні Дата	ШЖК «Қазақстан Республикасының денсаулығы» МКК (бар болса) Ф.И.О. Подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр

11.09.25
Дата
Дәрігер/врач
Г. Астана К.

Зериханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы	Медициналық тексеріп-карау жүргізген дәрігердің қолы және мөрі
Күні/дата « 11 09 25 »	ШЖК «Қазақстан Республикасының денсаулығы» МКК (бар болса) Ф.И.О. Подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр

13. ЖҰМЫС ІСТЕҮГЕ ПҰҚСАТ ДӨНІСК К РАБОТЕ

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)
N 13-47		
13.08.2021		
Ушымов		
14.08.2021		
N 13-47		
13.08.2021		
Ушымов		
14.08.2021		