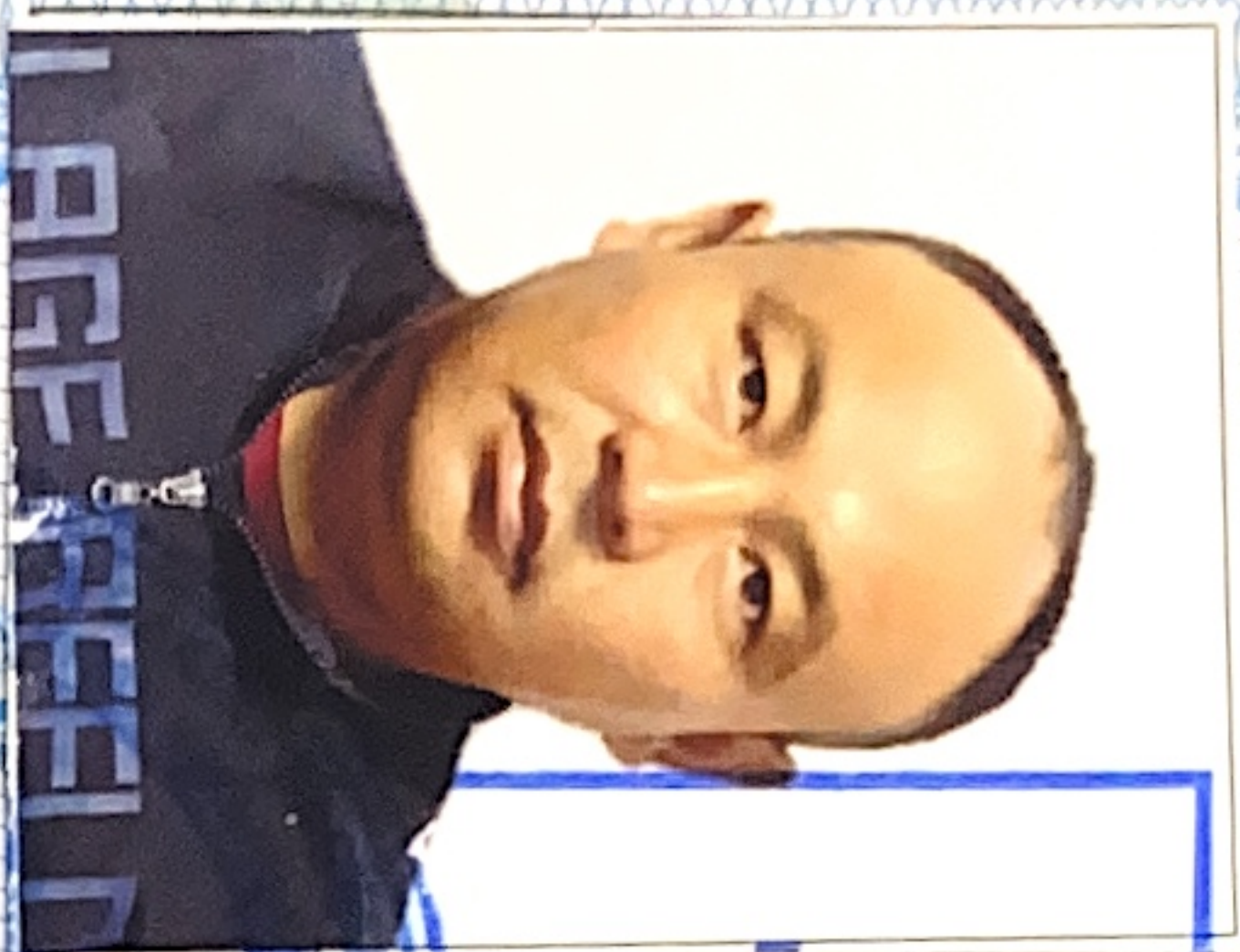




1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
АСТАНА НАСОНОРИМЫ ДАНЫЕ
"№ 5 КАЛАЛЫК ЕМХАНА"
ШАРУАШЫЛЫК ЖҮРГІЗУ
КОММУНАЛДЫК КӘСІПОРНЫ
КОСДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
"ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5"
АКИМАТА ГОРОДА АСТАНЫ

1. Тегі
Фамилия

2. Аты
Имя

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

4. Сериясы/серия

№ 039770734

нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA

№ 880795

2

• ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША • ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА •

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ
ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
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

уа. № 159.

КНИЖКА

3

• ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША • ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА •

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
--------------	---	---

15.08.2021/01

Ф.И.О. доктор

Ф.И.О. доктор

1

Ф.И.О. доктор

Ф.И.О. доктор

Ф.И.О. доктор

Ф.И.О. доктор

Ф.И.О.

Ф.И.О. доктор

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
--------------	---	---

15.08.2021/01

Ф.И.О. доктор

Ф.И.О. доктор

15.08

Ф.И.О.

Ф.И.О. доктор

актылық қызмет

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ ДОПУСК 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)
№ 1103 20.04.08 20.02.22		
ТОО «Медицинский центр «Жауап Астана» Допуск к работе 20.02.22 1817		
Врач 20.02.02		

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ

РҰҚСАТ Көзекті Дәрігер	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)
20.02.02 20.02.02		
ТОО «Медицинский центр «Жауап Астана» Допуск к работе 20.02.22		
Врач 20.02.02		