

Медициналық қызмет көрсетушінің болуы туралы, оның ішінде медициналық пұнктінің және медициналық қызметке лицензияның болуы туралы мәліметтер _____ (жағдай бойынша _____) (білім беру ұйымының атауы)

Білім беру ұйымының орналасқан нақты мекен-жайы	Медициналық қызметке арналған лицензия туралы мәліметтер (номері)	Ескерту
Мойынты ЖББМ	ЛП10056DM	

* Медициналық сақинау ұйымдарымен медициналық қызмет көрсетуге арналған лицензияның болуы туралы мәліметтер жинақталған мәліметтерде қолданылады

Білім беру ұйымының басшысы А.Т.С. (қолы) А.Т.С. (болған жағдайда)

