Наименование организации краткое

(в соответствии с уставом)

Должность аттестуемого лица

(медицинская сестра,

фельдшер, акушерка)

ФАМИЛИЯ

ИМЯ

ОТЧЕСТВО

Специальность «Сестринское дело или др.»

|  |  |
| --- | --- |
| сл. тел.: |  |
| моб. тел.: |  |
| E-mail: |  |
| Scype: |  |
| WhatsApp: |  |

Л/дело принято:

/заполняется в секретариате/