

ЗАЯВА

до _____
(найменування атестаційної комісії)

Прошу провести _____ атестацію _____
(первинну, періодичну, позачергову)

_____ (повне та скорочене формування служби медицини катастроф)

Місцезнаходження _____
(вулиця, будинок, корпус)

_____ (місто, село, район)

_____ (область)

Поштовий індекс _____ Телефон _____ Факс _____

Електронна адреса _____

До заяви додаються _____
(зазначається перелік

_____ документів і кількість аркушів)

Керівник центру екстреної медичної
допомоги та медицини катастроф
М.П. (за наявності)

(підпис)

(Власне ім'я та прізвище)

_____ 20__ р.