

Додаток 3
до Положення про групи рівних
(підпункт 8 пункту 4 розділу IV)

(найменування закладу охорони здоров'я (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця), на базі якого (якою) створено групу рівних)

Сертифікат учасника / учасниці заходів групи рівних

1 сторона

№ _____

**Сертифікат
засвідчує, що**

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

відвідував / відвідувала
заходи групи рівних для

(посада та/або спеціальність (спеціальності))

Фасилітатор _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

(підпис)

Керівник закладу охорони здоров'я
(фізична особа – підприємець)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

Кваліфікований електронний підпис керівника закладу охорони здоров'я (фізичної особи – підприємця)

Захід № 1_____
(дата)Тема _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис фасилітатора)_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис керівника закладу охорони здоров'я (фізичної
особи – підприємця))**Захід № 2**_____
(дата)Тема _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис фасилітатора)_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис керівника закладу охорони здоров'я (фізичної
особи – підприємця))**Захід № 3**_____
(дата)Тема _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис фасилітатора)_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис керівника закладу охорони здоров'я (фізичної
особи – підприємця))**Захід № 4**_____
(дата)Тема _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис фасилітатора)_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис керівника закладу охорони здоров'я (фізичної
особи – підприємця))**Захід № 5**_____
(дата)Тема _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис фасилітатора)_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис керівника закладу охорони здоров'я (фізичної
особи – підприємця))**Захід № 6**_____
(дата)Тема _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис фасилітатора)_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності),
підпис керівника закладу охорони здоров'я (фізичної
особи – підприємця))
