**Stacionārajā ārstniecības iestādē nodarbinātās ārstniecības personas, kuras sniedz ķirurģiskos onkoloģiskos pakalpojumus**

**20\_\_\_.gadā**

Ārstniecības iestādes nosaukums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nr.p.k.*** | ***Vārds, uzvārds, identifikators*** | ***Specialitāte*** | ***Pieredzes apliecinājuma datums*** | ***Diagnozes*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ārstniecības iestādes vadītāja paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_