

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

серія _____

№ _____

АКРЕДИТАЦІЙНИЙ СЕРТИФІКАТ

_____ категорія

(найменування комісії, що видала сертифікат)

(назва закладу охорони здоров'я)

(адреса (адреси) закладу охорони здоров'я)

Строк дії сертифіката _____

Дата та номер рішення про акредитацію
закладу _____
(дата та номер наказу)

“ _____ ” _____ 20__ р.
(дата видачі сертифіката)

Реєстраційний номер _____

Голова комісії

(підпис)

Секретар комісії

(підпис)

М.П.