

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 035-2/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года №907

**АНЫҚТАМА
СПРАВКА**

Берілген күні/дата выдачи 20 ж.г.«.....»

1. Т.А.Ә./Ф.И.О. _____
(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ЖСН/ИИН _____

2. Туған күні/дата рождения: _____ күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год.

3. Мекен жайы/адрес (место постоянного жительства): _____

4. Диспансерлік есепте тұратыны//На диспансерном учете: состоит/не состоит (нужное подчеркнуть).

Мөрдiң орны _____ Анықтама берген дәрігердің Т.А.Ә./ _____ Қолы/

Место печати _____

Ф.И.О. врача, выдавшего справку Подпись

Күні 20 _____ жылғы «_____» _____

Дата «_____» _____ 20 _____ г.

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 035-2/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года №907

**АНЫҚТАМА
СПРАВКА**

Берілген күні/дата выдачи 20 ж.г.«.....»

1. Т.А.Ә./Ф.И.О. _____
(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ЖСН/ИИН _____

2. Туған күні/дата рождения: _____ күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год.

3. Мекен жайы/адрес (место постоянного жительства): _____

4. Диспансерлік есепте тұратыны//На диспансерном учете: состоит/не состоит (нужное подчеркнуть).

Мөрдiң орны _____ Анықтама берген дәрігердің Т.А.Ә./ _____ Қолы/

Место печати _____

Ф.И.О. врача, выдавшего справку Подпись

Күні 20 _____ жылғы «_____» _____

Дата «_____» _____ 20 _____ г.