

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИНИН
АЛДЫНДАГЫ ДАРЫ КАРАЖАТТАРЫ
ЖАНА МЕДИЦИНАЛЫК БУЮМДАР
ДЕПАРТАМЕНТИ



ДЕПАРТАМЕНТ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ
ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

720044, Кыргыз Республикасы
Бишкек ш., 3-линия көчөсү, 25
Тел: (0312) 21-92-86, тел. факс: (0312) 21-05-08,
E-mail: dlsmi@pharm.kg

720044, Кыргызская Республика
г. Бишкек, ул. 3-линия, 25
Тел: (0312) 21-92-86, тел. факс: (0312) 21-05-08,
E-mail: dlsmi@pharm.kg

04.05.2021 № 02-821/1

На № _____ от _____



Руководителям организаций
здравоохранения, оптовых и
розничных фармацевтических
организаций, профессиональных
фармацевтических ассоциаций
Кыргызской Республики

Департамент лекарственных средств и медицинских изделий при Министерстве здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики сообщает, что в рамках проведения Дня медицинского работника, будет организована работа по принятию и рассмотрению материалов для награждения фармацевтических работников нагрудным значком «Саламаттык сактоонун ардактуу кызматкери» и Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики и Департамента лекарственных средств и медицинских изделий. Итоги мероприятия будут подведены в День медицинского работника.

В связи с чем, на каждую кандидатуру, представленную к награждению, заполняется наградной лист установленного образца (прилагается). Наградной лист подписывается руководителем организации и председателем профсоюзного комитета и заверяется печатью организации.

К наградному листу прилагаются:

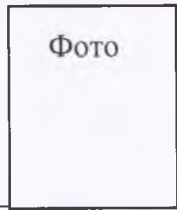
- Представление на имя министра и директора о награждении (если почетная грамота ДЛСиМИ);
- выписка из протокола собрания трудового коллектива;
- копия трудовой книжки, заверенная отделом кадров;
- копия паспорта.

Наградные материалы должны быть представлены в Департамент не позднее 24 мая 2021 года.

Директор

Кысанов Т.А.

НАГРАДНОЙ ЛИСТ



1. Фамилия, имя, отчество награждаемого _____
(заполняется согласно записи в паспорте)

2. Занимаемая должность, место работы, службы _____
(указать точное наименование организации)

3. Год и место рождения _____

4. Национальность _____ 5. Пол. _____

6. Образование _____
(название учебного заведения, год окончания, факультет)

7. Научная степень, ученое звание _____

8. Общий стаж работы: _____

9. Стаж в органах здравоохранения _____ в том числе:

10. С какого времени работает в данной организации _____

11. С какого времени работает в данной должности _____

12. Какими наградами Министерства здравоохранения отмечен (а), дата награждения

13. Представляется к награждению _____
(вид наград)

14. Решение о награждении принято _____
(наименование ходатайствующего органа)

« _____ » _____ 20 _____ г. протокол № _____

15. Домашний адрес, телефон _____

Руководитель _____
(Ф.И.О., должность) (подпись)

Председатель профсоюзного комитета _____
(Ф.И.О.) (подпись)

МП

« _____ » _____ 20 _____ г.