ДК жана МБД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024-жылдагы №\_\_\_\_\_\_ буйругуна

3-тиркеме

Кыргыз Республикасынын

Саламаттык сактоо министрлигинин алдындагы Дары каражаттары жана медициналык буюмдар департаментинин директоруна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Фамилиясы, аты жөнү*

Медициналык буюмдун каттоо күбөлүгүнүн жарактуулугун

токтотууга (жокко чыгарууга)

АРЫЗ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(арыз ээсинин толук жана кыскартылган (эгерде бар болсо) аталышы, анын ичинде фирмалык аталышы, юридикалык жактын уюштуруу-укуктук формасы)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_улам

*(себеби көрсөтүлөт)*

Медициналык буюмдун каттоо күбөлүгүнүн жарактуулугун токтотууну

(каттоо күбөлүгүн жокко чыгарууну) өтүнөм

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(медициналык буюмдун аталышы (медициналык буюмду өз максаты боюнча колдонуу үчүн зарыл болгон аксессуарларды көрсөтүү менен))*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(медициналык буюмдун катталган күнү жана каттоо күбөлүгүнүн номери)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Медициналык буюмдарды өндүрүүчүнүн жетекчисинин (анын ыйгарым укуктуу өкүлүнүн) толук аты-жөнү)*

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ ж. М.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(колу)