

действие лицензии на осуществление медицинской деятельности возобновлено):

Должность

(подпись)

Ф.И.О. должностного лица

Исполнитель

(Ф.И.О., телефон)

<*> Далее - медицинская деятельность.

<*> Нужно указать.