

на срок исполнения вновь выданного предписания до \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Должность

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Ф.И.О. должностного лица

Исполнитель \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., телефон)

-----  
<\*> Далее - медицинская деятельность