**Stacionārajā ārstniecības iestādē nodarbinātās ārstniecības personas, kuras sniedz diennakts stacionārā sniedzamos otrā etapa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus**

**20\_\_\_.gadā**

Ārstniecības iestādes nosaukums:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nr.p.k.*** | ***Vārds, uzvārds*** | ***Identifikators*** | ***Specialitāte*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ārstniecības iestādes vadītāja paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_