Приложение 4

к постановлению

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

12.05.2022 N 43

(в редакции постановления

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

18.05.2023 N 86)

Форма

**СВЕДЕНИЯ**

**о работниках соискателя лицензии (лицензиата)**

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

(наименование соискателя лицензии (лицензиата)

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

(число, месяц, год)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) | Идентификационный номер (при наличии) | Наименование должности служащего | Наименование учреждения образования и год его окончания | Дата присвоения (подтверждения) квалификационной категории по соответствующей квалификации (специальности) | Сведения о прохождении повышения квалификации или переподготовки по соответствующей специальности | Дата приема на работу (назначения на должность служащего) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность руководителя юридического    (подпись)      (инициалы, фамилия)

   лица (иностранной организации),

  индивидуальный предприниматель)