

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИНЕ
КАРАШТУУ ДАРЫ-ДАРМЕК
ЖАНА МЕДИЦИНАЛЫК
ТЕХНИКАЛАР МЕНЕН
КАМСЫЗДАНДЫРУУ ДЕПАРТАМЕНТИ



ДЕПАРТАМЕНТ ЛЕКАРСТВЕННОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ
ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

720044, Бишкек ш., 3-ү линия көчөсү, 25
Тел.: (996) 312 21 92 86, факс: 21 05 08
E-mail: dlomt@pharm.kg
www.pharm.kg

720044, г. Бишкек, ул. 3-я линия, 25
Тел.: (996) 312 21 92 86, факс: 21 05 08
E-mail: dlomt@pharm.kg
www.pharm.kg

17.05.18 № 11-830/2

На № _____ от _____

Руководителям организаций
здравоохранения, оптовых и
розничных фармацевтических
организаций, профессиональных
фармацевтических ассоциаций
Кыргызской Республики

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики сообщает, что в рамках проведения Дня медицинского работника, будет организована работа по принятию и рассмотрению материалов для награждения фармацевтических работников нагрудным значком «Саламаттык сактоонун ардактуу кызматкери» и Почетной грамотой Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники. Итоги мероприятия будут подведены в День медицинского работника.

В связи с чем, на каждую кандидатуру, представленную к награждению, заполняется наградной лист установленного образца (прилагается). Наградной лист подписывается руководителем организации и председателем профсоюзного комитета и заверяется печатью организации.

К наградному листу прилагаются:

- Представление на имя министра и директора о награждении (если почетная грамота ДЛОиМТ);
- выписка из протокола собрания трудового коллектива;
- копия трудовой книжки, заверенная отделом кадров;
- копия паспорта.

Наградные материалы должны быть представлены в Департамент не позднее 22 мая 2018 года.

Заместитель директора

М.К. Джанкорозова

ОФД, 21-92-96, dlo.ofa@gmail.com

0008948

НАГРАДНОЙ ЛИСТ

Фото

1. Фамилия, имя, отчество награждаемого _____
(заполняется согласно записи в паспорте)

2. Занимаемая должность, место работы, службы _____
(указать точное наименование организации)

3. Год и место рождения _____

4. Национальность _____ 5. Пол. _____

6. Образование _____
(название учебного заведения, год окончания, факультет)

7. Научная степень, ученое звание _____

8. Общий стаж работы: _____

9. Стаж в органах здравоохранения _____ в том числе:

10. С какого времени работает в данной организации _____

11. С какого времени работает в данной должности _____

12. Какими наградами Министерства здравоохранения отмечен (а), дата награждения _____

13. Представляется к награждению _____
(вид наград)

14. Решение о награждении принято _____
(наименование ходатайствующего органа)

« _____ » _____ 20 _____ г. протокол № _____

15. Домашний адрес, телефон _____

Руководитель _____
(Ф.И.О., должность) (подпись)

Председатель профсоюзного комитета _____
(Ф.И.О.) (подпись)

МП

« _____ » _____ 20 _____ г.