

назва закладу

адреса закладу

«__» _____ 2025 р.

вих. № _____

Довідка

видана _____
П.І.Б.

Дата народження _____ Адреса: _____

Відділення медичного закладу в якому працює:

Освіта медичного працівника: медична вища ☐ медична спеціальна ☐

не медична вища ☐ спеціальна або середня ☐ неповна середня ☐

Спеціалізація медпрацівника: _____

Посада медпрацівника: _____

Довідка видана за місцем вимоги.

Директор, ПІБ

М. П.

підпис

Переклад/ Fordítás

EG

az intézmény megnevezése

az intézmény címe

2025 . _____

№ _____

Igazolás

Egészségügyi dolgozó neve: _____

Születési dátuma: _____ Lakcíme: _____

Egészségügyi intézményrész, osztály, részleg stb., amelyben dolgozik:

Az egészségügyi dolgozó végzettsége: egészségügyi felsőfokú ☐ egészségügyi szakközép fokú ☐

nem egészségügyi felsőfokú ☐ szakközép vagy közép fokú ☐ alacsonyabb ☐

Az egészségügyi dolgozó munkahelyi szakága: _____

Az egészségügyi dolgozó beosztása: _____

A fordítás hiteles _____ / _____ /
megbízott aláírása, neve