Наименование медицинской организации

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

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**С П Р А В К А №\_\_\_\_**

**от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.**

Дана

*(ФИО)*

в том что он(а) работает в должности

*(указывается должность медицинского работника)*

в

*(указывается полное наименование медицинского учреждения)*

расположенного по адресу:

*(указывается адрес медицинского учреждения)*

и непосредственно участвовал(а) в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(должность и ФИО) (подпись)*

М.П.