**Голові атестаційної комісії при Державній службі з лікарських засобів та контролю за наркотиками у**

 **Дніпропетровській області**

 **Провізора/фармацевта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ категорії**

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

 *зазначити посаду та місце роботи, ПІБ*

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

 **Прошу прийняти не погоджений звіт за період з \_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ керівником підприємства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *зазначити*

**в зв’язку з його відмовою.**

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

 *дата підпис*

**контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**