

МОНГОЛ УЛС
MONGOLIA



ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЯАМ

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЧИГЛЭЛЭЭР МЭРГЭЖЛИЙН
ҮЙЛ АЖИЛЛАГАА ЭРХЛЭХ ТУСГАЙ ЗӨВШӨӨРӨЛ

SPECIAL PERMIT TO CONDUCT PROFESSIONAL
ACTIVITIES IN MEDICAL FIELD

0009537

ГЭРЧИЛГЭЭ CERTIFICATE

Олгосон **2023** он **07** сар **07** өдөр
(year) (month) (date)

Дугаар № **ЭУ-12/23/3429**
(number)

Байгууллагын нэр _____
(Name of organization)

ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН ҮНДЭСНИЙ ТӨВ

Үйл ажиллагааны чиглэл _____
(Type /field/ of activity)

Эмнэлгийн мэргэшсэн тусламж үйлчилгээ
(Тусгай мэргэжлийн төв)

Үйл ажиллагаа явуулах нутаг дэвсгэр _____
(Permitted territory)

Улсын хэмжээнд

УБ хот, СБД, 1-р хороо, Энхтайваны өргөн чөлөө-1

Байгууллагын албан ёсны хаяг _____
(Address of organization)

№ 9070003081, РД:9129367

Улсын бүртгэлийн гэрчилгээний дугаар _____
(State registration number)

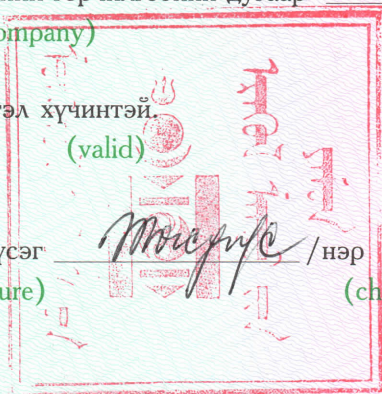
Гадаадын хөрөнгө оруулалттай аж ахуйн нэгжийн гэрчилгээний дугаар _____
(Number of certificate of foreign incorporated company)

Гэрчилгээ **2028** он **08** сар **10** өдөр хүртэл хүчинтэй.
(certificate) (year) (month) (date) (valid)

КОМИССЫН ДАРГА
(Chairman of the Commission)

Гарын үсэг
(Signature)

/нэр **С.ТӨГСДЭЛГЭР**
(chairman's name)



**Тусгай зөвшөөрөл авахад бүрдүүлсэн баримт бичигт
оруулсан нэмэлт, өөрчлөлтийн бүртгэл
(Amendments to special permit's document)**

Д/д	Нэмэлт өөрчлөлтийг зөвшөөрсөн шийдвэрийн дугаар, огноо (Number and date of decision on amendment)	Нэмэлт, өөрчлөлтийн агуулга (Content of amendment)	Бүртгэсэн	
			Огноо (date)	Ажилтан (officer)

_____ он _____ сар _____ өдөр хүртэл сунгав.
(year) (month) (date) (extended)

Комиссын дарга _____ Гарын үсэг
(Chairman of the Commission) (Signature)

_____ он _____ сар _____ өдөр хүртэл сунгав.
(year) (month) (date) (extended)

Комиссын дарга _____ Гарын үсэг
(Chairman of the Commission) (Signature)

Энэхүү гэрчилгээг хуурамчаар үйлдсэн этгээдэд Монгол Улсын хуулийн дагуу хариуцлага хүлээлгэнэ.