Заполняется на бланке медицинской организации

Реестр комплектов документов, предоставляемых в УЦ МИАЦ Калининградской области для изготовления квалифицированных электронных подписей

|  |  |
| --- | --- |
| **Ф.И.О. врача** | **Дата предоставления комплекта документов** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Всего комплектов, шт.: |