ХОДАТАЙСТВО

Администрация *(полное наименование организации)* ходатайствует о допуске к осуществлению медицинской деятельности *ФИО соискателя* и гарантирует трудоустройство, в случае успешной аттестации в должности *(наименование должности).*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 г.

Подпись          МП