

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИНИН
АЛДЫНДАГЫ ДАРЫ КАРАЖАТТАРЫ
ЖАНА МЕДИЦИНАЛЫК БУЮМДАР
ДЕПАРТАМЕНТИ



720044, Кыргыз Республикасы
Бишкек ш., 3- линия көчөсү, 25
Тел: (0312) 21-92-86, тел.факс: (0312) 21-05-08
E-mail: dlsmi@pharm.kg

ДЕПАРТАМЕНТ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ
ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

720044, Кыргызская Республика
г.Бишкек, ул. 3-я линия, 25
Тел: (0312) 21-92-86, тел.факс: (0312) 21-05-08
E-mail: dlsmi@pharm.kg

№ _____
На № _____ от _____



Руководителям организаций
здравоохранения, оптовых и
розничных фармацевтических
организаций, профессиональных
фармацевтических ассоциаций
Кыргызской Республики

Департамент лекарственных средств и медицинских изделий при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики сообщает, что в рамках проведения Дня медицинского работника, будет организована работа по принятию и рассмотрению материалов для награждения фармацевтических работников нагрудным значком «Саламаттык сактоонун ардактуу кызматкери» и Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики и Департамента лекарственных средств и медицинских изделий. Итоги мероприятия будут подведены в День медицинского работника.

В связи с чем, на каждую кандидатуру, представленную к награждению, заполняется наградной лист установленного образца (прилагается). Наградной лист подписывается руководителем организации и председателем профсоюзного комитета и заверяется печатью организации.

К наградному листу прилагаются:

- Представление на имя министра и директора о награждении (если почетная грамота ДЛСиМИ);
- выписка из протокола собрания трудового коллектива;
- копия трудовой книжки, заверенная отделом кадров;
- копия паспорта.

Наградные материалы должны быть представлены в Департамент не позднее 25 мая 2026 года.

Директор

К.Т. Бекбоев

Фото

НАГРАДНОЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество награждаемого _____
(заполняется согласно записи в паспорте)
2. Занимаемая должность, место работы, службы _____
(указать точное наименование организации)
3. Год и место рождения _____
4. Национальность _____ 5. Пол. _____
6. Образование _____
(название учебного заведения, год окончания, факультет)
7. Научная степень, ученое звание _____
8. Общий стаж работы: _____
9. Стаж в органах здравоохранения _____ в том числе:
10. С какого времени работает в данной организации _____
11. С какого времени работает в данной должности _____
12. Какими наградами Министерства здравоохранения отмечен (а), дата награждения _____
13. Представляется к награждению _____
(вид наград)
14. Решение о награждении принято _____
(наименование ходатайствующего органа)
- « _____ » _____ 20 ____ г. протокол № _____
15. Домашний адрес, телефон _____

Руководитель _____
(Ф.И.О., должность) (подпись)

Председатель профсоюзного комитета _____
(Ф.И.О.) (подпись)

МП

« ____ » _____ 20 ____ г.