**ГРАФИК РАБОТЫ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Начало смены** | **Окончание смены** | **Вид деятельности** | **Подпись ответственного лица от медицинской организации либо организации, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |