

***УДОСТОВЕРЕНИЕ***

**№ ……………….. от …................ 20.... г.**

**На основание чл. 170, ал. 4 от Закона за здравето**

*за използване на неконвенционални методи*

***УДОСТОВЕРЯВАМ,***

че ......................................................................................…

е регистрирано да упражнява на адрес:

……………………………………………………………………….

**1.** .....................................................................................................

**2.** .....................................................................................................

**3.** .....................................................................................................

**4.** .....................................................................................................

**5.** .....................................................................................................

**6.** ......................................................................................................

**7.** .....................................................................................................

***и е вписана в регистъра на***

***Столична регионална здравна инспекция:***

код на практиката: ...........................

#### Д-Р ДАНЧО ПЕНЧЕВ, ДМ

*Директор на Столична регионална здравна инспекция*