**კლინიკის ხელმძღვანელის თანხმობა**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------- კლინიკა

(კლინიკის დასახელება)

წარმოდგენილი დირექტორის --------------------------------------------------- სახით,

(სახელი, გვარი)

(მისამართი: ქ.თბილისი -------------------------------------------------------------------)

თანახმაა, რომ კონკურსანტმა -----------------------------------------------------------

(სახელი, გვარი)

შპს უნივერსიტეტი გეომედის აკადემიური თანამდებობის დასაკავებლად გამოცხადებულ კონკურსში გამარჯვების შემთხვევაში, ზ/აღნიშნულ კლინიკაში უზრუნველყოს სასწავლო პროცესის განხორციელება, აკადემიური თანამდებობის დაკავების ვადით.

* კლინიკის ----------------------------- მიმართულების საწოლფონდი--------;
* კლინიკაში სალექციო/პრაქტიკული მეცადინეობისათვის გამოყოფილი

ოთახების რაოდენობა ----------.

კლინიკის დირექტორის ხელმოწერა:

ბ.ა.

თარიღი: