**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: