

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 009/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>№</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									№					
								№																		
ЖУРНАЛ РЕЄСТРАЦІЇ переливання трансфузійних рідин Почато “___” _____ 20___ року Закінчено “___” _____ 20___ року																										

[illegible]

[illegible]

Директор Департаменту лікувально-профілактичної допомоги

М.К.Хобзей