Приложение №2

к приказу департамента здравоохранения

Костромской области

от \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_

Заявка на включение Интернет ресурса в перечень ресурсов, доступных для учреждений здравоохранения Костромской области через Канал

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование** | **Ссылка** | **Обоснование необходимости** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата Подпись руководителя учреждения /Расшифровка подписи/ |