

**Министерство здравоохранения Республики Башкортостан
Государственное автономное учреждение дополнительного профессионального образования
Республики Башкортостан «Центр повышения квалификации»
(ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации»)**

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

СТО СМК 05-09-2022

УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ, КОРРЕКТИРУЮЩИМИ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМИ ДЕЙСТВИЯМИ

Официальное издание

Стандарт организации не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен без письменного разрешения директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации».

Предисловие

РАЗРАБОТАН Комиссией по качеству ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации»

УТВЕРЖДЕН приказом директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации» № 228 от 30.12 2022г.

ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ

с 01.01 2023 г. приказом директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации» от 30.12 2022г. № 228

СОГЛАСОВАН

Заместитель директора по УМИД



Яшина О.И.

Заместитель директора по общим вопросам



Халемин Д.В.

Заведующий сектором правовой и кадровой работы



Бариева Д.Р.

Председатель Первичной профсоюзной организации



Ишмухаметова А.Р.

СОДЕРЖАНИЕ

1 Область применения	4
2 Нормативные ссылки	4
3 Термины, определения и сокращения	4
4 Общие положения	6
5 Процедура проведения предупреждающих действий	11
6 Ответственность и полномочия при проведении корректирующих и предупреждающих действий	
ПРИЛОЖЕНИЕ А (обязательное) Форма плана проведения корректирующих действий Центра	
ПРИЛОЖЕНИЕ Б (обязательное) Форма плана проведения предупреждающих действий Центра	
ПРИЛОЖЕНИЕ В (обязательное) Форма журнала регистрации несоответствий	

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ

Система менеджмента качества

УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ, КОРРЕКТИРУЮЩИМИ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМИ ДЕЙСТВИЯМИ

Введен в действие приказом директора ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации» от 30.12.2023 г.

Дата введения **2023.01.01**
год, месяц, день

1 Область применения

1.1 Настоящий стандарт организации (далее СТО) устанавливает единый для государственного автономного учреждения дополнительного профессионального образования Республики Башкортостан «Центр повышения квалификации» (далее – Центр) порядок действий по выявлению причин потенциальных несоответствий или других потенциально нежелательных ситуаций, определяет последовательность разработки и оформления корректирующих и предупреждающих действий, предпринимаемых в системе менеджмента качества Центра, а также оценку их результативности.

1.2 Положения настоящего СТО распространяются на деятельность, обеспечивающую проектирование, разработку, реализацию дополнительных профессиональных программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки (ДПП ПК и ПП) в заданных объемах, номенклатуре, с установленным качеством, в сроки, определенные планами работ, договорами, а также в соответствии с утвержденными программами. Требования настоящего СТО являются обязательными для применения сотрудниками Центра, участвующими в разработке и/или ответственными за реализацию корректирующих и предупреждающих действий с момента (даты) введения в действие.

1.3 Требования настоящего СТО являются обязательными для всех структурных подразделений (далее СП) Центра.

2 Нормативные ссылки

В настоящем СТО используются нормативные ссылки на следующие документы:

- ISO 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования».
- ISO 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь».

3 Термины, определения и сокращения

3.1 В настоящем СТО используются следующие термины и их определения:

анализ – деятельность, предпринимаемая для установления пригодности, адекватности и результативности рассматриваемого объекта для достижения установленных целей;

аудит (проверка) – систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита;

Примечания. 1) Внутренние аудиты, иногда называемые аудиты первой стороной, проводятся обычно самой организацией или от ее имени для внутренних целей и могут служить основанием для декларации о соответствии. Во многих случаях, особенно в небольших организациях, независимость может быть продемонстрирована отсутствием ответственности за работу, подвергаемую аудиту. 2) Внешние аудиты включают в себя аудиты, обычно называемые аудиты второй стороной или аудиты третьей стороной. Аудиты второй стороной проводятся сторонами, заинтересованными в деятельности организации, например, потребителями или другими лицами от их имени. Аудиты третьей стороной проводятся внешними независимыми организациями. Эти организации осуществляют сертификацию или регистрацию на соответствие требованиям. 3) Если две и более системы менеджмента подвергаются аудиту вместе, это называется комплексным аудитом. 4) Если две или несколько организаций совместно проводят аудит проверяемой организации, это называется совместным аудитом.

валидация – подтверждение посредством представления объективных свидетельств того, что требования, предназначенные для конкретного предполагаемого использования или применения выполнены;

верификация – подтверждение посредством представления объективных свидетельств того, что установленные требования были выполнены;

заключения по результатам аудита – выходные данные аудита, предоставленные группой по аудиту после рассмотрения целей аудита и всех наблюдений аудита;

качество – степень соответствия совокупности присущих характеристик требованиям;

контроль – процедура оценивания соответствия путем наблюдения и суждений, сопровождаемых соответствующими измерениями, испытаниями и калибровкой;

коррекция – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия;

корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации;

несоответствие – невыполнение требования;

образовательный процесс – процесс создания образовательной продукции (предоставления образовательной услуги);

образовательная услуга (продукция) – услуга (продукция), связанная с образованием;

Примечание. Предоставление образовательной услуги может включать в себя информацию об использовании программного обеспечения, аппаратных средств ЭВМ или бумажных носителей, используемых как вспомогательные средства для передачи информации и сохранности справочных данных.

образовательное учреждение – организация, предоставляющая образовательную услугу;

предупреждающее действие – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации;

процедура – установленный способ осуществления деятельности или процесса;

Примечания. 1) Процедуры могут быть документированными или не документированными. 2) Если процедура документирована, часто используется термин «письменная процедура» или «документированная процедура». Документ, содержащий процедуру, может называться «процедурный документ».

результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов;

соответствие – выполнение требования;

требование – потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным;

эффективность – связь между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

3.2 В настоящем СТО приведены следующие сокращения:

КД – корректирующее действие;

УКОД – уполномоченный по качеству образовательной деятельности;

ПД – предупреждающее действие;

СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение.

4 Общие положения

4.1 Несоответствиями применительно к образовательной деятельности Центра являются:

- отклонения от требований Проффессиональных стандартов, ФГОС СПО, квалификационных требований;
- отклонения от ДПП, учебных планов, индивидуальных планов и т.п.;
- несоответствие учебно-методической документации требованиям нормативных документов;
- неудовлетворенность потребителя качеством предоставляемых образовательных услуг: обращения граждан, материально-техническое оснащение, отсутствие основной и дополнительной литературы, наличие и состояние учебных аудиторий;
- отрицательные отзывы работодателей на качество подготовки слушателей Центра (обращения, поступившие от работодателей) или самих слушателей;
- несоответствие ресурсного обеспечения образовательного процесса требованиям и критериям лицензионных показателей;
- ошибки при выделении необходимых ресурсов;
- несоответствия квалификации преподавательского состава и персонала Центра;
- несоответствие оборудования требованиям, предъявляемым программами практик (моральное устаревание, техническое состояние);
- несоответствие показателей качества знаний слушателей требованиям Проффессиональных стандартов, ФГОС СПО, квалификационных требований;
- уровень знаний, умений и навыков слушателей, не соответствующий программным требованиям по отдельным видам учебной деятельности (теоретическое обучение, практика и т.п.), неуспевающие слушатели;
- несоответствие компетенции слушателей требованиям Проффессиональных стандартов, ФГОС СПО, квалификационных требований и потребителей;
- несоблюдение работниками и слушателями требований локальных нормативных актов Центра;

- несоответствия, выявленные в ходе мониторинга предоставления образовательных услуг;
- несоответствия, выявленные при проведении внутренних и внешних аудитов СМК в подразделениях Центра;
- несоответствия, выявленные при проведении проверок органами, осуществляющими надзор и/или контроль;
- невыполнение требований ПСП и ДИ;
- невыполнение требований СТО.

4.2 Управление несоответствиями включает в себя:

- выявление несоответствий и их регистрацию;
- анализ несоответствий и причин их возникновения;
- принятие решений и выполнение действий по устранению несоответствий;
- ведение записей о характере несоответствий и действиях по их устранению.

4.3 Выявленные несоответствия регистрируются проверяющим лицом в журнале регистрации несоответствий Центра который хранится у УКОД.

4.4 Устранение несоответствий

4.4.1 Решение по исправлению несоответствий и устранению причин появления этих несоответствий принимают руководители СП в пределах их компетенции самостоятельно или после согласования с УКОД.

4.4.2 Несоответствия по возможности устраняются в рабочем порядке. В случаях, если для устранения несоответствия требуются время и определенные ресурсы, руководители СП разрабатывают перечень действий, обеспечивающих исправление и предупреждение повторного появления несоответствий, с установлением срока и ответственных за выполнение этих действий.

4.4.3 Выявленное несоответствие после исправления повторно верифицируется для подтверждения соответствия установленным требованиям.

4.4.4 В случае, если при анализе выявлено, что причины несоответствия находятся вне сферы деятельности СП, УКОД совместно с руководителями СП разрабатывает «План корректирующих действий», распространяющийся на СП, согласует его с руководителями задействованных СП и подписывает сам.

4.4.5 В случае, если по объективным причинам мероприятия не могут быть выполнены в полном объеме, руководитель СП согласует с УКОД установление новых сроков выполнения.

4.4.7 УКОД составляет сводный отчет о выполнении процедуры по управлению несоответствиями в Центре по окончании учебного года.

4.4.8 Результаты отчета после проверки УКОД являются входными данными для мероприятий по улучшению СМК.

5 Управление корректирующими и предупреждающими действиями

5.1 Корректирующие действия (далее КД) направлены на выявление причин возникновения несоответствия и их устранение с целью недопущения его повторного возникновения. Целью проведения предупреждающих действий (далее

ПД) является принятие мер по устранению причин потенциальных несоответствий для предупреждения их появления.

Задачи процесса:

исследование причин обнаруживаемых и вероятных несоответствий;
оценка необходимости разработки и разработка КД и ПД;
определение и выделение необходимых ресурсов для выполнения КД и ПД;
выполнение КД и ПД;
мониторинг и контроль выполнения КД и ПД;
анализ и оценка результативности КД и ПД.

5.2 ПД и КД разрабатываются по результатам анализа информации о качестве оказываемых образовательных услуг по ДПП ПК и ПП, а также сопоставления результатов анализа с установленными требованиями и целями в области качества.

5.3 Любые КД и ПД, предпринятые для выявления причин потенциальных несоответствий, должны быть адекватными возможным последствиям потенциальных проблем.

5.4 Целью разработки и реализации ПД в Центре являются:

- выявление причин несоответствий для предупреждения их возникновения;
- необходимость удовлетворения установленных и ожидаемых требований потребителей и других заинтересованных сторон;
- обеспечение уверенности руководства Центра в том, что причины возникновения потенциальных несоответствий устранены;
- обеспечение ответственности работников за выполнение установленных требований;
- повышение результативности СМК.

5.5 Целью разработки и реализации КД в Центре являются:

- устранение причин несоответствий для предупреждения повторного их возникновения;
- необходимость удовлетворения установленных и ожидаемых требований потребителей и других заинтересованных сторон;
- обеспечение уверенности руководства Центра в том, что выявленные несоответствия устранены;
- обеспечение ответственности работников за выполнение установленных требований;
- снижение количества несоответствий;
- повышение результативности СМК.

5.6 Основанием для разработки КД и ПД является информация:

- о необходимости применения вновь введенных нормативных актов в сфере реализации образовательных услуг и организационно-распорядительных документов учредителя; документов системы качества Центра;
- об анализе потребностей и ожиданий потребителей;
- о результатах мониторинга процессов;

— о результатах анализа функционирования системы менеджмента качества (далее СМК) со стороны руководства;

— о результатах внутренних и внешних аудитов.

5.7 Процедуры КД и ПД являются обязательными при управлении качеством следующих объектов:

- проектирования, разработки, реализации ДПП ПК и ПП;
- документации;
- профессиональных качеств сотрудников;
- процедур СМК;
- закупленной продукции и услуг для обеспечения предоставляемых образовательных услуг.

5.8 На вход процесса поступает информация об идентифицированных несоответствиях на выходе – КД, достаточные для полного устранения причины несоответствия и отчёты, содержащие оценку результативности и эффективности КД.

На вход процесса поступает информация о вероятных несоответствиях, на выходе – ПД, достаточные для полного устранения причины вероятного несоответствия и отчёты, содержащие оценку результативности и эффективности ПД.

6 Процедура проведения корректирующих действий

6.1 Процедура проведения КД включает следующие этапы:

- анализ возникших несоответствий;
- установление причин возникновения несоответствий;
- оценка необходимости КД для недопущения несоответствий;
- разработка плана КД и его реализация;
- ведение записей по предпринятым КД;
- анализ предпринятых КД.

6.2 Анализ несоответствий

6.2.1 Анализ обеспечивает руководству Центра возможность регулярной и объективной оценки результативности функционирования СМК, а также определения целесообразности и адекватности КД и ПД.

6.2.2 Анализ базируется на систематизированной информации, содержащейся в отчетных документах Центра, а также на информации из внешних источников.

6.2.3 После выявления возникших несоответствий или других нежелательных ситуаций руководители структурных подразделений (далее СП), в которых выявлены несоответствия, проводят анализ возникших несоответствий в целях определения причин их возникновения.

6.2.4 Анализ причин возникновения несоответствий осуществляют следующие лица:

- руководители СП – по результатам внутренних аудитов;
- директор, заместители директора и руководители СП – по результатам контроля уровня знаний слушателей;
- УКОД – по выявленным несоответствиям в Центре для предоставления входных данных для анализа со стороны руководства.

6.2.5 Причинами несоответствий могут быть:

- нарушение установленных требований к предоставлению образовательных услуг;
- неопределенные или ошибочные требования к действиям, установленным применительно к образовательному процессу;
- результат действия обстоятельств непреодолимой силы.

6.2.6 В случае невозможности установить какую-либо причину однозначно, следует определить предположительную причину. В дальнейшем при разработке корректирующих действий следует направить действие против данной причины.

6.2.7 При проведении анализа причин несоответствий или других возникших нежелательных ситуаций в области СМК используются:

- систематическая регистрация несоответствий;
- анализ рекламаций, претензий или каких-либо других жалоб от потребителей;
- анализ результатов исследования удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- анализ потребностей рынка образовательных услуг;
- анализ результатов внутренних и внешних аудитов, проверок;
- анализ отчетов по СМК;
- анализ нормативной документации;
- результаты оценки со стороны руководства.

6.3 Оценка необходимости корректирующих действий

6.3.1 Руководитель СП проводит анализ причин появления несоответствий, на основании которого принимает решение о необходимости КД по предупреждению возникновения повторных несоответствий.

6.3.2 Основаниями для принятия решения о проведении КД являются:

- поступление рекламаций или каких-либо других обращений/предложений от потребителей и других заинтересованных сторон;
- несоответствия, уведомления и т.п., зафиксированные по результатам проверок, в том числе органами, осуществляющими надзор и контроль;
- невыполнение планов мероприятий;
- отклонения от нормативных требований при реализации дополнительных профессиональных программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки;
- несоответствия, выявленные в образовательном процессе;
- отсутствие стабильности качества выполняемых услуг;
- необходимость исключения причин, которые привели к появлению несоответствий, отклонений от установленных требований, уведомлений и других нежелательных ситуаций;
- отчеты аудиторов;
- необходимость улучшения качества предоставляемых услуг;
- необходимость повышения результативности СМК.

6.4 Разработка плана корректирующих действий и его реализация

6.4.1 План КД (см. Приложение А), разрабатывает уполномоченный по качеству образовательной деятельности (далее УКОД) во всех случаях, в которых для устранения несоответствия требуются незначительные ресурсы и время.

6.4.2 В случаях, когда возникшие несоответствия затрагивают ряд СП или для их устранения требуются несколько сложных КД с использованием значительных объемов человеческих, материальных, финансовых и других ресурсов, план КД разрабатывается совместно с руководителями СП и согласовывается с ними.

6.4.3 Руководители СП осуществляют необходимые мероприятия в полном объеме и в установленные сроки согласно плану КД.

6.4.4 Контроль за выполнением КД осуществляют аудиторы.

6.5 Ведение записей о корректирующих действиях

6.5.1 Документы, содержащие информацию о разработанных и осуществленных КД, являются записями о качестве.

6.5.2 Результаты анализа, планы мероприятий по КД, отчеты об их выполнении хранятся у УКОД (копии – у руководителей СП) не менее трех лет.

6.6 Анализ корректирующих действий

6.6.2 Анализ результативности предпринятых в Центре КД по устранению несоответствий и предупреждению повторного их возникновения осуществляет УКОД по мере выполнения КД.

6.6.3 Сводная информация о выполнении КД с оценкой их результативности включается в отчеты о функционировании СМК и является входными данными для анализа со стороны руководства.

6.6.4 Информация о выполнении КД обсуждается на Комиссии по качеству образовательной деятельности.

7 Процедура проведения предупреждающих действий

Общий порядок управления ПД включает в себя следующие этапы:

- установление потенциальных несоответствий и их причин;
- оценивание необходимости действий по предупреждению появления несоответствий;
- определение и осуществление необходимых действий по предупреждению;
- ведение записей результатов предпринятых действий;
- анализ предпринятых предупреждающих действий.

7.1 Требования к установлению потенциальных несоответствий и их причин

7.1.1 Сбор информации о потенциальных несоответствиях (возможных проблемах) качества проектирования, разработки, реализации дополнительных профессиональных программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки согласно области государственного лицензирования осуществляются руководителями СП в ходе анализа данных, перечисленных в настоящем СТО.

7.1.2 Анализ потенциальных несоответствий предшествует определению и проведению предупреждающих действий.

7.1.3 Анализ должен отражать весь комплекс причин появления потенциальных

несоответствий.

7.1.4 В анализе рекомендуется изложить свое мнение о путях решения выявленных проблем.

7.1.5 Анализ потенциальных несоответствий и возможных причин их возникновения осуществляется руководителями СП и направляется УКОД.

Потенциальные проблемы Центра определяются путем анализа результатов самооценки деятельности структурных подразделений, проводимой в ходе комплексных проверок, а также путем анализа результатов анкетирования потребителей образовательных услуг Центра (слушатели, преподаватели, сотрудники, работодатели).

7.2 Оценивание необходимости действий по предупреждению появления несоответствий

7.2.1 Оценка необходимых действий в целях предотвращения появления несоответствий в СП проводится руководителем СП.

7.2.2 Оценка необходимых действий в целях предупреждения появления несоответствий в целом в Центре проводится на заседании Комиссии по качеству Центра.

7.2.3 Организатором проведения заседания Комиссии по качеству является УКОД. УКОД извещает его участников о потенциальных несоответствиях, подлежащих рассмотрению на заседании, сроке и месте его проведения.

7.2.4 Члены Комиссии по качеству обязаны ознакомиться с проблемой, выработать обоснованную позицию по обсуждаемому вопросу до проведения заседания.

7.2.5 УКОД проводит заседание Комиссии по качеству с приглашением руководителей СП в целях установления путей решения проблем, анализа замечаний и предложений для подтверждения того, что пути решения проблемы определены правильно, разработаны необходимые действия для предупреждения появления несоответствий.

7.3 Определение и осуществление необходимых предупреждающих действий

7.3.1 План ПД СП оформляется отдельным пунктом в плане работы СП на следующий учебный год. Руководитель СП назначает ответственных за разработку, оформление, исполнение плана ПД в СП.

Разработка плана ПД Центра осуществляется членами Комиссии по качеству. Форма плана ПД Центра приведена в *Приложении Б*.

7.3.2 Оформление плана ПД осуществляется в соответствии с решениями заседания Комиссии по качеству и Совета Центра.

7.3.3 Необходимость действий по предупреждению появления несоответствий отражается в плане работы Центра.

7.4 Требования к ведению записей

7.4.1 Документы, содержащие информацию о разработанных и осуществленных ПД, являются записями о качестве и ведутся в соответствии с требованиями СТО СМК «Управление записями. Общие положения»

7.4.2 Записи результатов ПД Центра и СП ведут ответственные лица и непосредственные исполнители.

7.4.3 Результаты анализа, планы мероприятий по ПД, отчеты об их выполнении

хранятся у руководителей СП и УКОД не менее трех лет.

7.5 Анализ предпринятых предупреждающих действий

7.5.1 Руководители СП анализируют выполнение плана ПД. Анализ ПД включает в себя оценку:

- полноты проведенных мероприятий плана ПД;
- соблюдения сроков, установленных в плане ПД.

Результаты анализа выполнения ПД и результативность СМК обсуждаются и принимаются на заседаниях Комиссии по качеству.

7.5.2 На основании представленного анализа УКОД в случае необходимости принимает решение о повторном проведении предупреждающих действий или о проведении внепланового внутреннего аудита.

7.5.3 УКОД формирует отчет о выполнении ПД в Центре и передает его директору в качестве входных данных для проведения анализа со стороны руководства.

8 Ответственность и полномочия при проведении предупреждающих действий

8.1 УКОД отвечает за управление процедурами КД и ПД в Центре.

8.2 Руководители СП отвечают за процедуры КД и ПД в СП и за реализацию КД и ПД Центра в СП.

8.3 Должностные лица – исполнители КД и ПД несут ответственность за своевременное, точное и полное исполнение требований соответствующих мероприятий ПД.

ПРИЛОЖЕНИЕ А
(обязательное)

Форма плана корректирующих действий

ПЛАН
корректирующих действий по результатам _____
от «____» _____ 20__ г.

Подразделение _____

СП, задействованные в реализации КД * _____

Сроки выполнения КД _____

№	Пункты ISO 9001:2015, проверяемые в ходе внутреннего аудита	Проверяемый процесс	Несоответствие	Владелец процесса	Соисполнитель и процесса	Сроки исполнения	Оценка эффективности/результативности корректирующих действий, рекомендации	Подпись проверяющего лица

Выводы:

Руководитель СП

Ф.И.О.

подпись

Руководитель СП^{2*}, участвующий в КД

Ф.И.О.

подпись

^{1*} Данные строки появляются в том случае, если несоответствия распространяются на несколько СП и план КД согласуется с руководителями задействованных СП

^{2*} вписывается этап выявления несоответствия: внутренний аудит, проверка, закупка и т.д.;

^{**} анализ результативности КД осуществляет руководитель СП.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б
(обязательное)

Форма плана проведения предупреждающих действий Центра

УТВЕРЖДАЮ

Директор ГАУ ДПО РБ

«Центр повышения квалификации»

_____ И.О.Фамилия

« ____ » _____ 20__ г.

ПЛАН
проведения предупреждающих действий ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации»

№ п/п	Описание потенциального несоответствия	Причины потенциального несоответствия	Необходимые действия	Ответственный исполнитель	Срок исполнения по плану	Срок исполнения по факту	Документ, подтверждающий выполнение мероприятия

Согласовано УКОД

подпись

Ф.И.О.

дата

ПРИЛОЖЕНИЕ В
(обязательное)

Форма журнала регистрации несоответствий

Журнал регистрации несоответствий

наименование структурного подразделения

№ п/п	Дата	Описание несоответствий	Лицо, выявившее несоответствие	Меры, предпринятые для устранения несоответствий	Ответственный за устранение несоответствий	Результаты принятых мер
1						
2						

Лист рассылки

№ экз.	Должность	Фамилия, инициалы	Дата	Подпись
1	2	3	4	5

Лист ознакомления

[illegible]

