

**DEKLARĀCIJA**  
**īslaicīgu pakalpojumu sniegšanai Latvijas Republikā**  
**ārsta un zobārsta reglamentētajās profesijās.**

1. Atzīšanas institūcija attiecībā uz \_\_\_\_\_ **Latvijas Ārstu biedrībai**  
ārsta un zobārsta reglamentētajām profesijām
2. Pretendenta vārds, uzvārds \_\_\_\_\_  
Ja atbilstoši latviešu valodas normām personas vārda un/vai uzvārda ieraksts atšķiras no to oriģinālrakstības, norāda vārda un uzvārda oriģinālformu latīņalfabētiskajā transliterācijā
3. Pretendenta pilsonība \_\_\_\_\_
4. Pretendenta dzimums \_\_\_\_\_
5. Pretendenta dzimšanas gads un datums \_\_\_\_\_
6. Personas kods vai tam ekvalents personas identifikācijas numurs \_\_\_\_\_
7. Pretendenta dzīvesvietas adrese \_\_\_\_\_
8. Kontaktpersonas vai klīnikas Latvijā, kur tiks veikta īslaicīgā profesionālā darbība, adrese, tālruna numurs un e-pasts \_\_\_\_\_
9. Profesionālās kvalifikācijas nosaukums \_\_\_\_\_  
(oriģinālvalodā un latviešu valodā)  
specialitātes vai apakšspecialitātes, vai papildspecialitātes nosaukums\* \_\_\_\_\_
10. Valsts, kurā iegūta kvalifikācija \_\_\_\_\_
11. Piederība profesionālai asociācijai mītnes valstī, kontaktinformācija \_\_\_\_\_
12. Profesionālās darbības apdrošināšana mītnes valstī (jā/nē) \_\_\_\_\_
13. Plānotās īslaicīgās darbības raksturojums, apjoms \_\_\_\_\_
14. Plānotais darbības ilgums Latvijā (datums, periods) \_\_\_\_\_
16. Iesniegto dokumentu saraksts
1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
17. Ar parakstu apliecinu sniegto ziņu pareizību \_\_\_\_\_  
(paraksts, paraksta atšifrējums)
18. Datums \_\_\_\_\_