**Latvijas ārstu biedrībai**

|  |  |
| --- | --- |
| **VĀRDS, UZVĀRDS** (*NAME, SURNAME*) |  |
| **PILSONĪBA** (*CITIZENSHIP*) |  |
| **PERSONAS KODS** (*BIRTHDAY*) |  |
| **SPECIALITĀTE** (SPECIALITY) |  |
| **\*ADRESE** (*ADDRESS*) |  |
|  |  |

IESNIEGUMS.

**Lūdzu izsniegt man šādu (-as) izziņu (-as)** *(documents you are asking for*):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Izziņa par esošo profesionālo statusu (Certificate of current professional status) |
|   | Izziņa par labu reputāciju (Certificate of good standing) |
|  | Cits (other) |

 **un nosūtīt to uz norādītās institūcijas adresi** (*institution, to which certificates should be addressed*):

|  |  |
| --- | --- |
| Institūcijas nosaukums (*name of institution*) |  |
| Adrese (*address*) |  |
| Valsts (*country)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | izziņu vēlos saņemt personīgi (*I would like to receive certificates personally)* |
|  | \*izziņu vēlos saņemt pa pastu (*I would like to receive certificates by post)* |

 **Lūdzu izziņu sagatavot:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | angļu val. (*english*) |  | kopiju skaits (*number of copies)* |
|  | latviešu val. (latvian) |  | kopiju skaits (*number of copies)* |

 **Kontaktinformācija** (your contacts):

|  |  |
| --- | --- |
| Tālruņa nr. (phone no.) |  |
| e-pasts (e-mail) |  |

 **Izziņas tiek sagatavotas 2 nedēļu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas** *(Certificates are processed within 2 weeks of receiving all necessary documents)***Nepieciešamo dokumentu kopijas izziņas sagatavošanai** (copies of necessary documents)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pase *(passport)*  |
|  | Ārsta, zobārsta diploms *(diploma of physician)* |
|  | Rezidentūras diploms *(diploma of specialist)* |
|  | Ārsta, zobārsta sertifikāts *(certificate of specialty)* |
|  | Uzvārda maiņas apliecinošs dokuments *(dokument of surname change)* |
|  | Izziņa no Iekšlietu ministrijas Informācijas centra *(police report)*  |
|  | Ārstniecības personas reģistrācijas apliecība *(Registration card from Health Statistics and Medical Technologies State Agency)* |
|  | Cits *(other)* |

Datums (*Date*): 20 \_\_\_\_. g. \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /paraksts/ (*signature*)