Latvijas Ārstu biedrības Sertifikācijas padomei

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_.gada \_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_

*vieta datums*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *vārds uzvārds personas kods*

*e-pasta adrese:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*tālruņa numurs:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

IESNIEGUMS

Lūdzu izsniegt Ārstniecības personas sertifikātu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sakarā ar

 *ārstniecības personas specialitāte*

personas vārda maiņu no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uz ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *iepriekšējais vārds jaunais vārds*

Pielikumā:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Maksājuma uzdevums vai izdruka no internetbankas*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Vārda maiņas apliecinoša dokumenta kopija*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Spēkā esošais sertifikāts (-i)*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*paraksts paraksta atšifrējums*