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 koda maiņu no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uz ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *iepriekšējais personas kods jaunais personas kods*

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

*Maksājuma uzdevums vai izdruka no internetbankas*

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

*Personas koda maiņas apliecinoša dokumenta kopija*

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

*Spēkā esošais sertifikāts (-i)*

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

*paraksts paraksta atšifrējums*