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 uzvārda maiņu no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uz ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *iepriekšējais uzvārds jaunais uzvārds*

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

*Maksājuma uzdevums vai izdruka no internetbankas*

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

*Uzvārda maiņas apliecinoša dokumenta (laulības apliecības vai cita dokumenta)kopija*

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

*Spēkā esošais sertifikāts (-i)*

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

*paraksts paraksta atšifrējums*