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*