Latvijas Ārstu biedrības Sertifikācijas padomei

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

*vieta datums*

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

*vārds uzvārds personas kods*

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

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

IESNIEGUMS

Lūdzu izsniegt Ārstniecības personas sertifikāta dublikātu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sakarā ar Ārstniecības personas sertifikāta nozaudēšanu.

*Ārstniecības personas specialitāte*

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

*Maksājuma uzdevums vai izdruka no internetbankas*

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

*paraksts paraksta atšifrējums*