2.pielikums

Ministru kabineta

2004.gada 27.aprīļa noteikumiem Nr.454

**Farmaceita / farmaceita asistenta**

**iesniegums izmaiņu reģistrācijai**

**(***ziņas sniedz par datiem, kuri nav iekļauti reģistrācijas iesniegumā vai kuros ir notikušas izmaiņas*)

Reģistrācijas numurs reģistrā \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datus sniedz par:

*(vajadzīgo atzīmēt ar* x*)*

|  |  |
| --- | --- |
| Pienākumu pildīšanas sākšanu |  |
| Pienākumu pildīšanas beigšanu |  |
| Citām izmaiņām (norāda punktus, par kuriem sniedz ziņas) |  |

1. Personas dati:

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds un uzvārds |  |
| Mainītais vārds vai uzvārds, ja notikusi vārda vai uzvārda maiņa |  |

2. Dati par personas izglītību, vajadzīgo atzīmēt ar x:

(nav jāaizpilda, ja darba pieredze ir ārvalstīs un LFB ir izsniegusi profesionālās kvalifikācijas atzīšanas apliecību)

2.1. augstākā farmaceitiskā izglītība

|  |  |
| --- | --- |
| 2.2. diploma vai cita izglītību apliecinoša dokumenta numurs  un sērija, diploma izdošanas datums (gads)  izdevējiestādes nosaukums  tās beigšanas gads  izdevējvalsts |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 2.3. specialitāte, kvalifikācija (diplomā minētais nosaukums).  Zinātniskais grāds, ja tāds ir piešķirts |  |
|  |

3. Dati par personas profesionālo darba pieredzi aptiekā:

(nav jāaizpilda, ja darba pieredze ir ārvalstīs un LFB ir izsniegusi profesionālās kvalifikācijas atzīšanas apliecību)

(ja strādā vairāk nekā vienā aptiekā, pielikumā jāuzrāda arī citi farmaceitiskās darbības uzņēmumi, kuros strādā)

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1. pienākumu pildīšanas sākšanas datums |  |
| 3.2. pienākumu pildīšanas beigšanas datums |  |
| 3.3. uzņēmuma nosaukums |  |
| uzņēmuma reģistrācijas numurs |  |
| valsts, kurā uzņēmums reģistrēts |  |
| farmaceitiskās darbības uzņēmuma nosaukums (aptieka, aptiekas filiāle) |  |
| (speciālās atļaujas) licences numurs |  |
| aptiekas vai aptiekas filiāles adrese |  |
| 3.4. ieņemamais amats |  |

4.Ja izglītība vai darba pieredze iegūta ārvalstīs, dokuments, kas apliecina profesionālās kvalifikācijas atzīšanu

|  |  |
| --- | --- |
| norāda dokumenta nosaukumu |  |
| numuru, sēriju |  |
| izdošanas datumu |  |
| izdevējiestādes nosaukumu |  |
| izdevējvalsti |  |

5. Cita informācija:

|  |  |
| --- | --- |
| 5.1. profesionālās kvalifikācijas sertifikāts, ja tāds ir piešķirts, bet  farmaceita asistentam - atļauja vadīt aptieku, norāda tā numuru, sēriju |  |
| piešķiršanas datumu |  |
| derīguma beigu datumu |  |
| 5.2. Informācija, ja izsniegts jauns valodu prasmes apliecinošs dokuments, (tā numurs, izdošanas laiks un vieta) |  |

6. Iesniegumam klāt pievienota:

(6.1., 6.2. un 6.3.apakšpunktā minētie dokumenti nav jāiesniedz, ja darba pieredze iegūta ārvalstīs un Latvijas Farmaceitu biedrība ir izsniegusi profesionālās kvalifikācijas atzīšanas apliecību)

Vajadzīgo apzīmēt ar x; norāda pievienoto lapu skaitu)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6.1. darba grāmatiņa (ja tāda ir) |  |  |
| 6.1.1. oriģināls |  |  |
| 6.1.2. notariāli apstiprināta kopija (ja dokumentus sūta pa pastu) |  |  |
| 6.2. darba devēja izsniegta izziņa par darba devēja un farmaceita vai farmaceita asistenta tiesiskajām attiecībām vai to ilgumu un farmaceita vai farmaceita asistenta veikto (veicamo )darbu |  |  |
| 6.3. izglītību apliecinošs dokuments: |  |  |
| 6.3.1. kopija (ja dokumentus iesniedz personīgi un uzrāda dokumenta oriģinālu) |  |  |
| 6.3.2. notariāli apstiprināta kopija (ja dokumentus sūta pa pastu) |  |  |
| 6.4. dokuments, kas apliecina šo noteikumu 24.punktā noteikto maksājumu izdarīšanu |  |  |
| 6.5. personu apliecinoša dokumenta kopija (uzrāda oriģinālu) |  |  |

Aizpilda farmaceits vai farmaceita asistents, kurš sniedz par sevi ziņas reģistram (turpmāk - ziņu sniedzējs):

Es\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apliecinu, ka manis sniegtās ziņas satur patiesu

(ziņu sniedzēja vārds, uzvārds)

informāciju.

Lūdzu lēmumu par izmaiņu reģistrāciju vai atteikumu reģistrēt izmaiņas: *(vajadzīgo atzīmēt ar* x*)*

izsniegt man personīgi

nosūtīt man pa pastu ierakstītā vēstulē uz šādu adresi:

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

Lūdzu komisijas lēmumu nosūtīt man arī:

|  |  |
| --- | --- |
| Pa elektronisko pastu uz šādu e-pasta adresi: |  |
| Pa faksu uz sekojošu numuru |  |

Sazināšanās līdzekļi:

|  |  |
| --- | --- |
| Tālruņa numurs |  |
| Faksa numurs |  |
| Elektroniskā pasta adrese |  |
| Adrese |  |

Ziņu sniedzēja paraksts un tā atšifrējums\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_

Datums, vieta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Piezīmes:**

1. Neaizpildītās ailes un rindas veidlapā svītro.
2. Veidlapai katru klāt pievienoto lapu paraksta.
3. Ja iesniegumu aizpilda rokrakstā, informāciju raksta salasāmi, ar drukātiem burtiem, bet, ja izmanto datoru, nav atļauts mainīt iesnieguma veidlapā izkārtojumu.