1.pielikums   
Ministru kabineta   
2004.gada 27.aprīļa noteikumiem Nr.454

**Farmaceita / farmaceita asistenta**

**reģistrācijas iesniegums**

1. Personas dati:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1. vārds, uzvārds |  | | | | | | | | | | | | |
| Mainītais uzvārds vai vārds, ja notikusi uzvārda vai vārda maiņa |  | | | | | | | | | | | | |
| 1.2. Personas kods | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

2.1. augstākā farmaceitiskā izglītība

2.2. vidējā farmaceitiskā izglītība

|  |  |
| --- | --- |
| 2.3. diploma vai cita izglītību apliecinoša dokumenta numurs  un sērija, diploma izdošanas datums  izdevējiestādes nosaukums  tās beigšanas gads  izdevējvalsts |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 2.4. specialitāte, kvalifikācija (diplomā minētais nosaukums)  zinātniskais grāds, ja tāds piešķirts |  |
|  |

3. Dati par personas profesionālo darba pieredzi aptiekā:

(nav jāaizpilda, ja darba pieredze iegūta 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 |  |
| licences numurs |  |
| aptiekas vai aptiekas filiāles faktiskā adrese |  |
| 3.4. ieņemamais amats |  |
| 3.5. ja uz personu attiecas Farmācijas likuma 38.panta 3.daļā  noteiktais, norāda farmaceita vārdu un uzvārdu, kura  uzraudzībā persona strādā |  |

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. Informācija par valodu zināšanām. Cita informācija (ja izsniegti valodu prasmes apliecinoši dokumenti, to numurs, izdošanas laiks un vieta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

vajadzīgo apzīmēt ar X

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Valoda | Dzimtā | Teicami | Labi | Vidēji | Pamata |
| Latviešu |  |  |  |  |  |
| Angļu |  |  |  |  |  |
| Vācu |  |  |  |  |  |
| Krievu |  |  |  |  |  |
| Cita (norāda) |  |  |  |  |  |

6. Cita informācija:

|  |  |
| --- | --- |
| 6.1. profesionālas kvalifikācijas sertifikāts. Ja tāds ir piešķirts  (farmaceita asistentam atļauja vadīt aptieku) norāda tā numuru, sēriju |  |
| piešķiršanas datumu |  |
| derīguma beigu datumu |  |

6.2. dalība Latvijas Farmaceitu biedrībā, vajadzīgo apzīmēt ar X:

6.2.1. ir LFB biedrs:  biedra kartes numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.2.2. nav LFB biedrs

7. Iesniegumam klāt pievienoti:

(7.1., 7.2. un 7.3.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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7.1.1. darba grāmatiņas kopija (uzrādot oriģinālu, vai notariāli apstiprināta) |  |  |
| 7.1.2. notariāli apstiprināta kopija (ja dokumentus sūta pa pastu) |  |  |
| 7.2. 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 |  |  |
| 7.3.1. izglītību apliecinoša dokumenta kopija (ja dokumentus iesniedz personīgi, uzrāda oriģinālu) |  |  |
| 7.3.2. notariāli apstiprināta kopija (ja dokumentus sūta pa pastu) |  |  |
| 7.4. dokuments, kas apliecina noteikto maksājumu izdarīšanu |  |  |
| 7.5. personu apliecinoša dokumenta kopija (uzrāda oriģinālu) |  |  |
| 7.6. personas fotogrāfija 3x4 cm 2gab. |  |  |

8. Norāda informāciju, kas ir iesniegta Latvijas Farmaceitu biedrības Farmaceitu profesionālās kvalifikācijas sertifikācijas komisijai:

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

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

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

(ziņu sniedzēja vārds, uzvārds)

informāciju.

Lūdzu lēmumu par reģistrāciju vai atteikumu reģistrācijai: *(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 (norādīt numuru) |  |

Sazināšanās līdzekļi:

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

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

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

**Piezīmes:**

1. Aizpildot reģistrācijas iesniegumu, farmaceits vai farmaceita asistents sniedz 3.punktā norādīto informāciju pēc

kārtas arī par visām iepriekšējām darba vietām aptiekā (-ās).

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