

Iesniegums farmaceita profesionālās kvalifikācijas atkārtota sertifikāta saņemšanai

Latvijas Farmaceitu biedrības
Farmaceitu profesionālās kvalifikācijas sertifikācijas komisijai

1. Vārds, uzvārds **Anna Paraudziņa**
2. Augstāko farmaceutisko izglītību apliecinošajā dokumentā norādītais uzvārds (ja mainīts) *ieraksta, ja atšķiras*
3. Personas kods **DDMMGG-12345**
4. Pilsonība **Latvijas Republikas pilsonis/Latvijas Republikas nepilsonis**
5. Deklarētās dzīvesvietas adrese **Kalna iela 121, Rīga, LV-1012**
6. Kontaktinformācija (tālruņa numurs, e-pasta adrese vai oficiālā elektroniskā adrese, ja tāda ir) **t. 12345678, anna.paraugs@gmail.com**
7. Mācību iestāde, kurā iegūta farmaceutiskā izglītība, beigšanas gads
Rīgas Stradiņa universitāte/ Latvijas Universitāte/cita iestāde, 2015.g.
8. Kvalifikācija, grāds **farmaceita grāds/veselības zinātņu maģistra grāds farmācijā**
9. Darba stāžs specialitātē **11 gadi**
10. Sertifikāta numurs, sertifikāta derīguma termiņš **123.2021, 10.11.2026.**
11. Pamatdarbs specialitātē aptiekā:
 - 11.1. komercsabiedrības nosaukums **SIA Jaukā aptieka**
 - 11.2. aptiekas nosaukums, adrese, tālrunis **Visjaukākā aptieka, Lauku iela 12, Rīga, t. 12345678**
 - 11.3. aptiekas licences numurs **A00123**
 - 11.4. amats **aptiekas vadītājs - farmaceits**
12. Pievienotie dokumenti:
 - apliecinājums par atbilstību Farmācijas likuma 58. panta pirmās daļas 2. un 3. punktā minētajām prasībām;
 - pārskats par profesionālās kvalifikācijas pilnveidošanu tālākizglītības pasākumos.

(datums*)

(paraksts*)

Aizpilda Farmaceitu profesionālās kvalifikācijas sertifikācijas komisija

Saņemts 20____ gada ____ . _____ Nr. _____

Sertifikācijas komisijas 20____ . gada ____ . _____ sēde Nr. _____

Sertifikāts Nr. _____