



1.pielikums
Ministru kabineta
2010. gada 23. marta
noteikumiem Nr. 290

(Pielikums MK 12.03.2019. noteikumu Nr. 112 redakcijā)

Iesniegums farmaceita profesionālās kvalifikācijas sertifikāta saņemšanai

Latvijas Farmaceitu biedrības
Farmaceitu profesionālās kvalifikācijas sertifikācijas komisijai

1. Vārds, uzvārds **Anna Paraudziņa**
2. Augstāko farmaceitisko izglītību apliecinošajā dokumentā norādītais uzvārds **(ja mainīts) Piemēra**
3. Personas kods **XXXXXX-XXXXX**
4. Pilsonība **Latvijas Republikas pilsonis (vai nepilsonis)**
5. Valsts valodas prasme **varianti: dzimtā valoda / augstākā izglītība iegūta latviešu valodā/ augstākais līmenis C**
6. Personu apliecinoša dokumenta sērija un numurs **LVXXXXXXXX (pases vai ID kartes)**
7. Personu apliecinoša dokumenta izdošanas datums **01.02.2018.**
8. Personu apliecinoša dokumenta izdošanas vieta **Rīga**
9. Deklarētās dzīvesvietas adrese **Kalna iela 101, Rīga, LV-1020**
10. Tālruna numurs, e-pasta adrese **12345678, aija.aijai@inbox.lv**
11. Mācību iestāde, kurā iegūta farmaceitiskā izglītība **varianti: Rīgas Stradiņa universitāte/ Latvijas Universitāte (vai cits)**
12. Beigšanas gads **2016. g.**
13. Kvalifikācija, grāds **varianti: farmaceits/ veselības zinātņu maģistra grāds farmācijā/ provizors**
14. Zinātniskais grāds, piešķiršanas datums - **(šeit raksta doktora grādu)**
15. Darba stāžs specialitātē **3 gadi un 5 mēneši**
16. Sertifikāta numurs _____
17. Sertifikāta derīguma termiņš _____

Ja veidlapa izdrukāta uz divām lapām, nepieciešams paraksts arī uz šīs lapas.

18. Pamatdarbs specialitātē:

18.1. komercsabiedrības nosaukums **SIA Akcents**

18.2. aptiekas nosaukums, adrese, tālrunis, **aptieka Akcents, Akmeņu iela 14-3, Rīga, LV-1021, t. 87654321**

18.3. aptiekas licences numurs **Apn/123-1/ A00000**

18.4. amats **farmaceits**

19. Blakusdarbs specialitātē: *aizpilda, ja ir otra aptiekas darba vieta*

19.1. komercsabiedrības nosaukums _____

19.2. aptiekas nosaukums, adrese, tālrunis, fakss _____

19.3. aptiekas licences numurs _____

19.4. amats _____

27.11.2019.

(datums*)

A. Paraudziņa

(paraksts*)

Aizpilda Farmaceitu profesionālās kvalifikācijas sertifikācijas komisija

Saņemts 20____ gada _____. Nr. _____

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

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

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

Sertifikāts Nr. _____