**Latvijas Farmaceitu biedrības**

**Farmaceitu un farmaceita asistentu reģistram**

Farmaceita/farmaceita asistenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(reģ. Nr)*

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

 (*vārds, uzvārds)*

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

 (*personas kods)*

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

 (*adrese vai e-pasts)*

**IESNIEGUMS
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(vieta)

Lūdzu piešķirt man, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(vārds, uzvārds, personas kods)*

jaunu reģistrācijas numuru Latvijas Farmaceitu biedrībasFarmaceitu un Farmaceita asistentu reģistrā un izsniegt jaunu reģistrācijas apliecību un Apliecību-piespraudi, sakarā ar esošās apliecības un/vai Apliecības - piespraudes (*vajadzīgo pasvītrot*) nozaudēšanu.

DATUMS\* PARAKSTS/ PARAKSTA ATŠIFRĒJUMS\*