**Latvijas Farmaceitu biedrības prezidentei**

**Dacei Ķikutei**

**iesniegums.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Vārds, uzvārds** |  |
|  | **Personas kods** |  |
|  | **Tālruņa numurs:**  |  |
|  | **E-pasta adrese:**  |  |
|  | **Adrese uz kurieni nosūtāms dokuments** |  |
|  | **Dzīves vietas/ uzturēšanas vietas adrese** |  |
|  | **Profesija, kurā ir tiesības darboties Latvijas Republikā** |  |
|  | **Diploma sērija, numurs, kad izdots, izdevēja iestāde**  |  |
|  | **Reģistrācijas numurs Farmaceitu un Farmaceitu asistentu reģistrā** |  |
|  | **Norādīt, ja nepieciešams izziņā iekļaut informāciju par to, ka persona nav bankrotējusi (***pamatojot to pieprasījumu****) [[1]](#footnote-1)*** |  |
|  | **Dokumentu pieprasīšanas mērķis** |  |
|  | **Profesija ārvalstī, kurā profesionālās darbības veikšanai nepieciešams saņemt pieprasīto dokumentu** |  |
|  | **Institūcijas nosaukums, kurā tiks iesniegts profesionālās kvalifikācijas atzīšanai ārvalstīs nepieciešamais dokuments, valsts** |  |

Dokumentu izsniegšanai farmaceitiem/farmaceitu asistentiem profesionālās kvalifikācijas atzīšanai ārvalstīs **bez profesionālās pieredzes apliecināšanas - 45,67 EUR; [[2]](#footnote-2)**

Dokumentu izsniegšanai farmaceitiem/farmaceitu asistentiem viņu profesionālās kvalifikācijas atzīšanai ārvalstīs **ar profesionālās pieredzes apliecināšanu - 83,26 EUR**

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

 */paraksts, paraksta atšifrējums/*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ */datums/*

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)