**Latvijas Farmaceitu biedrības valdei**

|  |
| --- |
|  |
| vārds, uzvārds |
|  |
| F/FA reģistrācijas Nr./ LFB biedra Nr. |
|  |
| personas kods |
|  |
| adrese / e-pasts |

**IESNIEGUMS**

Lūdzu izslēgt mani no Latvijas Farmaceitu biedrības biedru saraksta,

*(Norādīt iemeslu)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \*Datums: |  |  | |
| \*Paraksts: | | |  |