**Latvijas Farmaceitu biedrībai**

**Sertifikācijas komisijai**

**PILNVARA**

Es,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pilnvaroju

(vārds, uzvārds, personas kods)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, izņemt manus

(vārds, uzvārds, personas kods)

tālākizglītības izvērtēšanas dokumentus. (Apliecību, informatīvo vēstuli par jauno atskaites periodu, apliecību- piespraudi.)

DATUMS PARAKSTS/ PARAKSTA ATŠIFRĒJUMS