**Latvijas Farmaceitu biedrības**

**Tālākizglītības izvērtēšanas 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\*