Latvijas Farmaceitu biedrības

Tālākizglītības izvērtēšanas komisijai

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds)

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

(F/FA reģistrācijas Nr.)

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

(adrese vai e-pasts)

### IESNIEGUMS

Lūdzu skatīt manu iesniegumu profesionālās kvalifikācijas tālākizglītības novērtējumam Latvijas Farmaceitu biedrības Tālākizglītības izvērtēšanas komisijas sēdē, kas notiks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.gada \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Esošais tālākizglītības periods : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUMS \* PARAKSTS/ PARAKSTA ATŠIFRĒJUMS\*