

PILDYMO PAVYZDYS

Vaistinininko praktikos licencijavimo taisyklių
1 priedas

VARDENĖ PAVARDENĖ

(vardas, pavardė, asmens kodas)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

Vilniaus g. 15-15, Vilnius, (8-5) 1112233, 8-600-00000, vardenis@gmail.com

(gyvenamosios vietos adresas, telefonas, el. paštas)

Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai
prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos

PARAIŠKA VAISTININKO PRAKTIKOS LICENCIJAI GAUTI

2016-12-30

(data)

Vilnius

(sudarymo vieta)

Prašau išduoti man vaistinininko praktikos licenciją. Pridedami šie dokumentai ar jų kopijos:

Pasas, jo serija, numeris	Nr. 12345678
Arba asmens tapatybės kortelė, jos numeris	Nr.
Arba kito dokumento, leidžiančio gyventi ar dirbti Lietuvos Respublikoje, pavadinimas ir numeris	Pavadinimas Nr.
Išdavimo data	2 0 1 5 m. 1 0 mėn. 1 5 d.
Galioja iki (data)	2 0 2 5 m. 1 0 mėn. 1 5 d.
Formalios kvalifikacijos įrodymo pavadinimas	Diplomas
Mokslo ir studijų institucijos pavadinimas	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
Valstybė	Lietuvos Respublika

Serija Nr. Išdavimo data m. mėn. d.

Įgyta profesinė kvalifikacija

Vaistininko spaudo numeris

Serija

Nr.

Buvusioji pavardė (-ės)
(jei nesutampa su nurodyta dokumentuose)

Pavardės (-ių) ir (ar) vardo (-ų) keitimo dokumento pavadinimas (dokumentas pridedamas, jei pavardė (-ės) ir (ar) vardas (-ai) neatitinka nurodytų pateiktuose dokumentuose ir jei duomenų apie pakeistą pavardę (-es) ir (ar) vardą (-us) nėra galimybės patikrinti Lietuvos Respublikos gyventojų registre)

Nr. Išdavimo data m. mėn. d.

Dokumento (-ų), patvirtinančio (-ių), kad asmuo per paskutinius 5 metus vertėsi vaistininko praktika, pavadinimas (-ai)

Nr. Išdavimo data m. mėn. d.

Darbo stažas, verčiantis vaistininko praktika, per paskutinius 5 metus

Darbo stažas, verčiantis vaistininko praktika, vaistinėje per paskutinius 5 metus

Medicininis pažymėjimas (forma Nr. 046 / a)

Nr. Išdavimo data m. mėn. d.

Dokumento (-ų), patvirtinančio (-ių) įgytą vaistininko pareigoms eiti reikalaujamą antrąją valstybinės kalbos mokėjimo kategoriją (jei būtina)

Nr. Išdavimo data m. mėn. d.

Užsienyje įgytos vaistininko profesinės kvalifikacijos pripažinimą Lietuvos Respublikoje patvirtinantis dokumentas (jei būtina)

Jį išdavusios institucijos pavadinimas

Nr. Išdavimo data m. mėn. d.

Farmacijos specialistų profesinės kompetencijos vertinimo komisijos motyvuota išvada (jei būtina)

Darbovietės
pavadinimas (-ai)

(-ių) DARBOVIETĖS PAVADINIMAS (KUR DABAR DIRBATE)

Adresas (-ai), telefonas
(-ai), el. pašto adresas (-ai)

DARBOVIETĖS ADRESAS, TELEFONAS, EL. PAŠTO ADRESAS

Profesinės kvalifikacijos kėlimą patvirtinantys dokumentai (jei būtina):

Valandų skaičius	Dokumento pavadinimas	Išdavimo data
12	LSMU dalyvio pažymėjimas Nr. PS-1-2-3456	2016-04-25
Iš viso: 12		

Įgaliojimas jei pareiškėjo dokumentus pateikė ir paraišką užpildė ar pareiškėjo užpildytą pateikė pareiškėjo atstovas.

Jį išdavusios institucijos pavadinimas

(PILDYTI JEI REIKIA)

Nr. 123 Išdavimo data 2016 m. 11 mėn. 11 d.

Patvirtinu, kad paraiškoje ir su paraiška pateiktuose dokumentuose pateikta informacija tiksli ir teisinga.

PRIDEDAMA. (lapų skaičius be paraiškos) lapų (-ai).

PARAŠAS
(parašas)