

PILDYMO PAVYZDYS

Vaistinininko praktikos licencijavimo taisyklių
3 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

**PRANEŠIMAS
APIE VAISTININKO PROFESINĖS KVALIFIKACIJOS KĖLIMĄ IR VERTIMĄSI
VAISTININKO PRAKTIKA**

2016-12-30

(data)

Vilnius

(sudarymo vieta)

Pranešu, kad kėliau vaistinininko profesinę kvalifikaciją ir verčiausi vaistinininko praktika sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.

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 (pridedama, jei jis ar jo duomenys pasikeitė ir Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai yra nepateikti)

Pavadinimas

Nr.

Išdavimo data

2 0 1 5 m. 0 5 mėn. 2 0 d.

Galioja iki (data)

2 0 2 5 m. 0 5 mėn. 2 0 d.

Licencijos Nr.

9999

Išdavimo data

2 0 0 4 m. 0 5 mėn. 2 0 d.

Vaistinininko spaudo numeris

Serija

V N

Nr.

0 0 0 0 0 0

Buvusioji pavardė (-ės)

(jei nesutampa su nurodyta dokumentuose)

(PILDYTI JEI KEITĖSI)

Pavardės (-ių) ir (ar) vardo (-ų) keitimo dokumento pavadinimas (pridedama, jei pavardė (-ės) ar vardas (-ai) pasikeitė ir Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai yra nepateiktas bei duomenų apie pakeistą pavardę (es) ir (ar) vardą (us) nėra galimybės patikrinti Lietuvos Respublikos gyventojų registre)

(PILDYTI JEI REIKIA)

Nr. Išdavimo data m. mėn. d.

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

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

Darbovietės (-ių) pavadinimas (-ai)

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

Vaistininko profesinės kvalifikacijos kėlimą patvirtinantys dokumentai:

Valandų skaičius	Dokumento pavadinimas	Išdavimo data
12	LSMU dalyvio pažymėjimas Nr. PS-1-2-34561	2016-04-20
12	LSMU dalyvio pažymėjimas Nr. PS-1-2-34562	2016-04-21
12	LSMU dalyvio pažymėjimas Nr. PS-1-2-34563	2016-04-22
12	LSMU dalyvio pažymėjimas Nr. PS-1-2-34564	2016-04-23
12	LSMU dalyvio pažymėjimas Nr. PS-1-2-34565	2016-04-24
12	LSMU dalyvio pažymėjimas Nr. PS-1-2-34566	2016-04-25
Iš viso:125		

Įgaliojimas, jei pareiškėjo dokumentus pateikė ir pranešimą užpildė ar pareiškėjo užpildytą pateikė pareiškėjo atstovas.

Jį išdavusios institucijos pavadinimas

Nr. Išdavimo data m. mėn. d.

Patvirtinu, kad pranešime ir su pranešimu pateiktuose dokumentuose pateikta informacija tiksli ir teisinga.

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

PARAŠAS
(parašas)