

(Paraiškos panaikinti medicinos praktikos licencijos galiojimo sustabdymą forma)

[illegible]

(asmens vardas ir pavardē)

--	--	--

(šalies kodas)

[illegible]

(asmens kodas)

--	--	--	--	--	--

(spaldo numeris)

[illegible]

(gyvenamosios vietos adresas)

[illegible]

(telefonas)

[illegible]

(elektroninis paštas)

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos

PARAIŠKA PANAIKINTI MEDICINOS PRAKTIKOS LICENCIJOS

GALIOJIMO SUSTABDYMA

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

(data)

Prašau panaikinti medicinos praktikos licencijos Nr. MPL- , išduotos

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

-

--	--	--	--

, galiojimo sustabdymą.

Pateikiamas (-i) dokumentas (-ai) (pažymėti X):

☐ Dokumentas (-ai), įrodantis (-ys), kad pašalintas (-i) licencijos galiojimo sustabdymo pagrindas (-ai) ☐ lapas (-ai)

Su Medicinos praktikos licencijavimo taisyklėmis susipažinau

(parašas)

(dokumentus pateikusiojo vardas ir pavardė)