Papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros specialistų veiklos licencijavimo taisyklių
2 priedas

(Paraiškos patikslinti papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros specialisto veiklos licenciją forma)

(asmens vardas ir pavardė)

(šalies kodas) *(asmens kodas (identifikacinis numeris))*

(adresas korespondencijai)

(telefono numeris) *(elektroninis paštas)*

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos

PARAIŠKA PATIKSLINTI PAPILDOMOSIOS IR ALTERNATYVIOSIOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTO VEIKLOS LICENCIJOS DUOMENIS

____ - __ - __
(data)

Prašau patikslinti papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros specialisto veiklos licenciją Nr.
išduotą ____ - __ - __, duomenis:

1) dėl pasikeitusių duomenų, ☐

2) dėl techninės klaidos. ☐

(įrašyti)

Pridedami šie dokumentai:

☐ įrašo patikslinimo būtinumą įrodantis (-ys) dokumentas (-ai), ☐ lapas (-ai),

☐ asmens tapatybę patvirtinantis dokumentas, jei licencijos turėtojas yra užsienietis, ☐ lapas (-ai).

Su Papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros specialistų veiklos licencijavimo taisyklėmis susipažinau.

(parašas) *(paraišką pateikusiojo vardas ir pavardė)*