

(asmens vardas ir pavardė)

(asmens kodas (identifikacinis numeris))

(adresas korespondencijai)

(elektroninis paštas)

**PARAIŠKA SUSTABDYTI PAPILDOMOSIOS IR ALTERNATYVIOSIOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
SPECIALISTO VEIKLOS LICENCIJOS GALIOJIMA**

(data)

(*nurodyti priežastį,*

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

(parašas)

(dokumentus pateikusiojo vardas ir pavardė)