Papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros specialistų veiklos licencijavimo taisyklių
5 priedas

(Paraiškos panaikinti papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros specialisto veiklos licencijos galiojimą forma)

(asmens vardas ir pavardė)

(šalies kodas) *(asmens kodas)*

(adresas korespondencijai)

(telefono numeris) *(elektroninis paštas)*

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos

PARAIŠKA PANAIKINTI PAPILDOMOSIOS IR ALTERNATYVIOSIOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTO VEIKLOS LICENCIJOS GALIOJIMĄ

- -

(data)

Prašau panaikinti papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros specialisto veiklos licencijos Nr. ....., išduotos - -, galiojimą, kadangi _____

_____

(nurodyti priežastį dėl kurių prašoma panaikinti licencijos galiojimą)

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

_____ _____

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