

(licencijas turētāja nosaukums / vārds un uzvārds)

(juridinio asmens kodas / asmens kodas (identifikacinis numeris))

(registrācijas adresās)

(telefonas)

(elektroninis paštas)

PRANEŠIMAS APIE PROFESINĖS KVALIFIKACIJOS TOBULINIMA

(data)

išduotą

--	--	--	--

 -

--	--

 -

--	--

, verštis _____

(nurodyti vykdomos licencijuojamos visuomenės sveikatos priežiūros veiklos rūšį)

2.** darbuotojai, vykdantys funkcijas tiesiogiai susijusias su licencijuojama veikla, profesinę kvalifikaciją tobulino:

(nurodoma kiekvieno darbuotojo vardas, pavardė, jo vykdomos licencijuojamos visuomenės sveikatos priežiūros veiklos rūšis, valandų skaičius)

lapas (-ai)

Su Visuomenės sveikatos priežiūros veiklos licencijavimo taisyklėmis susipažinau

(parašas)

(dokumentus pateikusiojo vardas ir pavardė)***

*** jeigu pranešimą pateikia juridinio asmens vadovas ar jo įgaliotas asmuo, nurodomos ir jo pareigos.