

(Paraiškos panaikinti odontologijos praktikos licencijos galiojimo sustabdymą forma)

(asmens vardas ir pavardė)

(šalies kodas)

(asmens kodas)

(spaudos numeris)

(gyvenamosios vietos adresas)

(telefono numeris)

(elektroninis paštas)

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos

PARAIŠKA PANAIKINTI ODONTOLOGIJOS PRAKTIKOS LICENCIJOS

GALIOJIMO SUSTABDYMĄ

 - -

(data)

Prašau panaikinti odontologijos praktikos licencijos Nr. OPL- , išduotos
 - - , galiojimo sustabdymą.

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

Dokumentas (-ai), įrodantis (-ys), kad išnyko licencijos galiojimo sustabdymo
pagrindas (-ai) ir (ar) įvykdyti Tarnybos nustatyti kvalifikacijos tobulinimo reikalavimai, lapas (-ai).

Su Odontologijos praktikos ir burnos priežiūros praktikos licencijavimo taisyklėmis susipažinau.

(parašas)

(dokumentus pateikusiojo vardas ir pavardė)