Odontologijos praktikos ir burnos priežiūros praktikos licencijavimo taisyklių
12 priedas

(Paraiškos panaikinti burnos priežiūros praktikos licencijos galiojimo sustabdymą forma)

(asmens vardas ir pavardė)

(šalies kodas) *(asmens kodas)* *(spaudo numeris)*

(gyvenamosios vietos adresas)

(telefono numeris) *(elektroninis paštas)*

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos

PARAIŠKA PANAIKINTI BURNOS PRIEŽIŪROS PRAKTIKOS LICENCIJOS

GALIOJIMO SUSTABDYMĄ

				-			-		

(data)

Prašau panaikinti burnos priežiūros praktikos licencijos Nr. BPL- | | | | | |, 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)*