Forma patvirtinta
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2004 m. gegužės 27 d. įsakymu Nr. V-175
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2015 m. įsakymo Nr. redakcija)

(asmens vardas ir pavardė)

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

(gyvenamosios vietos adresas)

(telefonas) *(elektroninis paštas)*

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos

PARAIŠKA PANAIKINTI MEDICINOS PRAKTIKOS LICENCIJOS

GALIOJIMO SUSTABDYMĄ

- -
(data)

Prašau panaikinti medicinos praktikos licencijos Nr. MPL- , išduotos - - , galiojimo sustabdymą.

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

☐ Dokumentas (-ai), įrodantis (-ys), kad pašalintas (-i) licencijos galiojimo sustabdymo pagrindas (-ai) ☐ lapas (-ai)

Su Medicinos praktikos licencijavimo taisyklėmis susipažinau

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