|  |  |
| --- | --- |
| Vardas, pavardė |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gimimo data |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Spaudo numeris (jei turite) |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

*(turima kvalifikacija arba specializacija)*

|  |
| --- |
|  |

*(gyvenamosios vietos adresas)*

|  |
| --- |
|  |

*(telefono nr., el. pašto adresas)*

Sveikatos priežiūros ir

farmacijos specialistų

kompetencijų centro direktoriui

Rugių g. 1, 08418 Vilnius

**PRAŠYMAS**

Dėl kvietimo (-ų) mokytis

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | m. |  | mėn. |  | d. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Prašau skirti kvietimą mokytis |  | metais |  | pusmetį |

Pageidauju mokytis (pabraukti): **Vilniuje Kaune Klaipėdoje Šiauliuose Panevėžyje**

| Pildo mokymų dalyvis | Pildo Kompetencijų centro darbuotojas |
| --- | --- |
| Eil. Nr. | Mokymo programos pavadinimas | Programos kodas | Grupės Nr. | Kvietimo Nr. | Kursų data | Kursų kaina |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

*(vardas, pavardė, parašas)*