|  |
| --- |
|  |

*(vardas, pavardė, gimimo data)*

|  |
| --- |
|  |

*(telefono Nr., el. pašto adresas)*

Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų

kompetencijų centro direktoriui

PRAŠYMAS

*Dėl pažymos apie skaitytas paskaitas išdavimo*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 20 | m. |  | d. |

Prašau išduoti pažymą apie skaitytas paskaitas:

|  |
| --- |
|  |

*(dėstytojo vardas ir pavardė paskaitos skaitymo metu)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| 9. |  |
| 10. |  |

*(mokymų data, pavadinimas)*

Pažymėkite (X), kokios pažymos norite:

() Popierinės

() Elektroninės

|  |
| --- |
|  |
|  |

*(adresas, kuriuo pageidaujate gauti pažymą)*