

	სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს განმცხადებელი: _____ პირადი ნომერი: _____ ტელეფონის ნომერი: _____
--	---

გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა
(კრედიტულების აღიარების შესახებ)

მოგესალმებით,
გთხოვთ, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, მოახდინოთ ჩემ მიერ წარმოდგენილი
უწყვეტი პროფესიული განვითარების (უპგ) ღონისძიებებში მონაწილეობის დამადასტურებელი
დოკუმენტაციის საფუძველზე შესაბამისი კრედიტულების აღიარება.

განცხადებას თან ვურთავ:

პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის ასლს;
უწყვეტი პროფესიული განვითარების (უპგ) კრედიტულების/სერტიფიკატების
დამადასტურებელ დოკუმენტაციას.

თარიღი: _____	პატივისცემით, _____ / _____ /
-----------------------------	--