БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ
НА ЛЕКАРСКИТЕ
АСИСТЕНТИ И
ФЕЛДШЕРИТЕ

„Bulgarian association of the physician assistants and feldshers”- (BAPAF).

РК на БСЛАФ гр.....Адрес:.....Тел:..... Имейл:.....

Изх. №.....

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА ЗАЛИЧАВАНЕ
ОТ РЕГИСТЪРА НА РК НА БСЛАФ

Регионална колегия на БСЛАФ гр. ……....., издава настоящото удостоверение на :

.....

(име, презиме, фамилия)

ЕГН:.....

Адрес по местоживеене: гр. /с. .....област:.....

Ул./бул.....№.....вх.....ет.....ап.....

Мобилен:..... E-mai.....

Месторабота:.....

Адрес по месторабота, гр./с.....

ул./бул.....№.....

УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР / УИН / : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐, в уверение на това, че е заличен от регистъра на РК на БСЛАФ, гр…….....
поради промяна на региона на упражняване на дейност.

Председател на УС на РК на БСЛАФ :.....

/ трите имена, подпис, печат /

БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ
НА ЛЕКАРСКИТЕ
АСИСТЕНТИ И
ФЕЛДШЕРИТЕ