|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Bērnu aizsardzības centram**Ventspils ielā 53Rīgā, LV-1002 |
| Iesniedzēja vārds, uzvārds:\* |  |
|  |  |
| Juridiskās personas, ko pārstāv iesniedzējs nosaukums un reģistrācijas numurs: |
|  |
|  |
| Vēlamais saziņas kanāls \* (norādīt vēlamo saziņas veidu): |
| Kontakttālrunis: |  | e-pasts: |  |
|  | PIETEIKUMS |  |
| Vēlos pieteikties uz pieņemšanu Bērnu aizsardzības centrā šādā jautājumā\*: |
|  |
| Esmu informēts(-a), ka atbilde uz manu pieteikumu tiks sniegta atbilstoši augstāk norādītajam vēlamajam saziņas kanālam. |
| Datums\*\* |  | Paraksts\*\* |  |
|  |  |  |  |
| *\* Obligāti aizpildāmie lauki**\*\* Dokumentiem, kas noformēti atbilstoši elektroniskā dokumenta prasībām un parakstīti ar drošu elektronisko parakstu, ailes “Datums” un “Paraksts” neaizpilda.* |