**Zāļu valsts aģentūrai**

Jersikas iela 15, Rīgā, LV-1003

vai*/or*

info@zva.gov.lv

*(ar drošu elektronisko parakstu / if signed with a secure electronic signature )*

dd.mm.gggg. Nr.

**PILNVARA / PIETEIKUMS e-dokumentu saņemšanai**

*POWER OF ATTORNEY / APPLICATION for receipt of electronic documents*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KOMERSANTS**  *COMPANY NAME* |  | |
| Reģistrācijas numurs  *Registration number* |  | |
| Juridiskā adrese  *Registered office* |  | |
| Vārds Uzvārds, amats  (piem., direktors / valdes priekšsēdētājs),  kurš tiesīgs izdot pilnvaras  *Name Surname, position*  *(e.g. director / chairman of the board), who is authorised to issue a PoA)* |  | |
| **PILNVARO /** *AUTHORISES* | | |
| Juridiskās personas nosaukums, reģistrācijas numurs  *Name of legal entity, registration number*  un /vai  *and/or*  Vārds Uzvārds, personas kods, amats  *Name Surname, identification number, position* |  | |
| Kontaktinformācija  *Contact detail* |
| **PĀRSTĀVĒT** komersantu/  *TO REPRESENT a company in the field of* |  | Zāļu reģistrācijas jomā / *Marketing Authorisation* |
|  | Zāļu izplatīšanas, cenu deklarēšanas jautājumos / *Distribution of medicinal products, price declarations* |
|  | Farmaceitiskās darbības licencēšanas jomā / [*Pharmaceutical Activities Company Licensing*](https://www.zva.gov.lv/?id=219&sa=219&top=202) |
|  | Atbilstības novērtēšanas jautājumos / [*Pharmaceutical Activities Compliance Evaluation*](https://www.zva.gov.lv/?id=219&sa=219&top=202) |
|  | Zāļu klīniskās izpētes jomā / *Clinical trial* |
|  | Medicīnisko ierīču jomā / *Medical devices* |
|  | Cits (norādīt) / *Other (please specify)* |
| **VEIKT DARBĪBAS** (norādīt, ja pilnvarojumam ir ierobežojumi)  *ACTIONS (please indicate if the Power of attorney mandate has restrictions)* | | |
|  | | |
| **Lūdzu Zāļu valsts aģentūru dokumentus, kas parakstīti ar drošu elektronisko parakstu, nosūtīt pilnvarotajai personai uz:**  *I request the State Agency of Medicines to forward the communication documents signed with a secure electronic signature to:* | | |
| e-pasta adresi / *e-mail address* |  | |
| **Piekrītu pieņemt norēķinu dokumentus bez paraksta, kas nosūtīti no Zāļu valsts aģentūras e-pasta adreses** [**rekini@zva.gov.lv**](mailto:rekini@zva.gov.lv)  *I agree to accept payment documents without a signature sent from the e-mail address* ***rekini@zva.gov.lv*** *of the State Agency of Medicines to* | | |
| atbildīgajai personai /  *responsible person* |  | |
| Vārds Uzvārds */ Name Surname* | |
| uz e-pasta adresi /  *e-mail address* |  | |

Pilnvara ir izdota ar / bez pārpilnvarojuma tiesībām*.(pasvītrot)*

*The Power of attorney is issued with / without rights of substitution (Underline)*

Pilnvara ir spēkā līdz / *The Power of attorney is valid until*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| Ar šo pilnvaru tiek atsauktas iepriekš izsniegtās pilnvaras (norādīt kādas):  *This Power of attorney revokes powers issued before (please indicate):* |
|  |

Apliecinu, ka manis sniegtās ziņas ir patiesas un apņemos rakstveidā informēt Zāļu valsts aģentūru par izmaiņām sniegtajā informācijā.

*I confirm that the information I have provided is correct and I undertake to inform the State Agency of Medicines in written format regarding changes in the provided information*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| amats*/*  *title of the position* | paraksts*/*  *signature\** | Vārds Uzvārds */*  *Name Surname* |