**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***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* |