**Priekšapmaksas maksājuma pieteikums**

Rīgā

20\_\_. gada \_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pakalpojuma saņēmējs

Uzņēmuma/PVN maksātāja reģistrācijas Nr./Personas kods

Adrese

Bankas nosaukums/Bankas kods/Norēķinu konta Nr.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. p.k. | Punkts cenrādī1 | Pakalpojuma veids2 | Cena, EUR | Daudzums | Maksa, EUR | Piezīmes |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Kontaktpersona (vārds, uzvārds, tālruņa numurs, e-pasta adrese)

Adrese vai e-pasta adrese, uz kuru nosūtīt rēķinu

Skaidrojumi:

1 Pakalpojuma numurs Ministru kabineta noteikumos “Zāļu valsts aģentūras maksas pakalpojumu cenrādis”

2 Pakalpojuma veids atbilstoši pakalpojuma numuram Ministru kabineta noteikumos “Zāļu valsts aģentūras maksas pakalpojumu cenrādis”