*Līguma par primārās veselības*

*aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

*6.1.25.punkts*

**APLIECINĀJUMS**

**par ģimenes ārsta praksē nodarbināto personu gatavību saņemt veselības veicināšanas un rehabilitācijas pasākumus\***

Es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*ģimenes ārsta prakses nosaukums, ģimenes ārsta vārds, uzvārds*) apliecinu ģimenes ārsta praksē nodarbināto personu gatavību saņemt veselības veicināšanas un rehabilitācijas pasākumus laika periodā no 2021. gada 1. oktobra līdz 2022. gada 31. augustam atbilstoši līguma par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu 6.1.24. punktā noteiktajai kārtībai.

Apliecinājums paredzēts iesniegšanai DIENESTAM.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(paraksts)*

*\* Atbilstoši* *Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumu Nr.555 „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”* *245.4 punktā noteiktajam.*