*Līguma par stacionārās veselības*

*aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

*7.1.25.punkts*

*VEIDLAPA*

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

|  |
| --- |
| **Peritoneālās dialīzes ārstniecības līdzekļu pasūtījums** |
|  |  |  |  |  |
| *Kam:* |  |  |  |  |
| **Pasūtītājs: NVD** |  e-pasta adrese:  |
| **Piegādātājs:**  |  e-pasta adrese:  |
| **Pasūtījuma numurs** |  |  |  |  |
| **Pasūtījuma datums** |  |  |  |  |
| Pacienta vārds, uzvārds | Preču nosaukums (atbilstoši Līgumam) | Daudzums (vienības) | Piezīmes |
| tilpums, ml | % |
|   |   |   |   |   |
| **-** | - |   | - | - |
| **-** | - | - | - | - |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *Papildus informācijas par pacientu:* |  |  |  |
| **Pacienta personas kods** |  |
| **Dzīvesvietas adrese** |  |
| *Papildus informācija par piegādi:* |  |  |  |
| **Piegādes datums** |  |
| **Piegādes vieta** |  |
| **Komentāri** |  |
| *Informācija par ārstniecības iestādi un pasūtījumu atbildīgo personu:* |  |  |
| **Ārstniecības iestāde** |  |
| **Vārds, uzvārds** |  |
| **Tālrunis, e-pasta adrese** |  |

[datums], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[atbildīgās amatpersonas vārds, uzvārds]