**Nacionālajam veselības dienestam**

**Rīga, Cēsu iela 31 k3, LV-1012**

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

*(vārds, uzvārds)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(personas kods)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(adrese)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(kontakttālrunis)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(elektroniskā pasta adrese)*

**IESNIEGUMS**

**kontaktpersonas norādīšanai vienotajā veselības nozares elektroniskajā informācijas sistēmā.**

Pilnvarotājs – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(vārds, uzvārds)*

personas kods \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_–\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, līdz 20\_\_\_.gada \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**pilnvaro norādīt kā kontaktpersonu vienotajā veselības nozares elektroniskajā informācijas sistēmā (E-veselības sistēmā)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(pilnvarotās personas vārds, uzvārds)*

personas kods \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_–\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

*(paraksts)*

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

**Aizpilda NVD darbinieks**

Iesnieguma iesniedzējs uzrādīja šādu personu apliecinošu dokumentu:

* pase Attiecīgā
* personas apliecība (eID) dokumenta numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Iesniegumu iesniedza pilnvarotā persona, uzrādot notariāli apliecinātu pilnvaru, kuras kopija

pievienota šim iesniegumam. Pilnvaras datums: 20\_\_\_.gada \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Iesniegumu pieņēma:

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