*2.pielikums*

*līgumam par primārā veselības aprūpes*

*pakalpojuma – veselības aprūpe mājās*

*sniegšanu un apmaksu*

**Ārstniecības personu saraksts**

1. **Ārstniecības iestādes nosaukums:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Ārstniecības iestādes kods:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Kontaktinformācija saziņai ar pacientiem\*:**
   1. **tālruņa numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
   2. **elektroniskā pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;\*\***
   3. **mājas lapas adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\*\***

**\*** *ja ārstniecības iestāde darbojas vairākās adresēs vai ārstniecības iestādē ir vairāki tālruņa numuri saziņai ar pacientiem, tad informāciju norāda par katru adresi un atsevišķu pakalpojumu veidu, veidojot attiecīgus apakšpunktus (3.1.1, 3.1.2, …) un norādot konkrētai adresei un pakalpojuma veidam, kurš tiek nodrošināts konkrētajā adresē, atbilstošo tālruņa numuru.*

**\*\****apakšpunkts nav obligāti aizpildāms.*

1. **Veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzēju saraksts:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.**  **p.k.** | **vārds, uzvārds** | **ārstniecības personas identifikators** | **Specialitātes kods** | **datums, no kura sniedz pakalpojumus** | **datums, līdz kuram sniedza pakalpojumus** (ja pārtrauc pakalpojumu sniegšanu) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

1. **DIENESTAM ir tiesības šajā pielikumā norādīto informāciju izmantot pacientu informēšanai, ievietojot to savā interneta mājas lapā.**
2. **IZPILDĪTĀJS sniedz Covid-19 vakcinācijas pakalpojumus** (ja IZPILDĪTĀJS nodrošina šī pakalpojuma sniegšanu)**:**
   1. vakcinācijas kabinetos:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | Pakalpojumu sniegšanas vietas adrese | Tālrunis pierakstam | Darba laiks pieraksta veikšanai | Elektroniska pieteikuma vietne | Atbildīgā kontaktpersona(vārds, uzvārds, tālruņa nr., e-pasts) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. mobilās vakcinācijas izbraukumos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | Tālrunis mobilā brigādes pakalpojuma pieteikšanai | Darba laiks pieraksta veikšanai | Elektroniska pieteikuma vietne | Atbildīgā kontaktpersona (vārds, uzvārds, tālruņa nr., e-pasts) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iestādes vadītāja paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_