## Pieprasījums EVAK aizvietojošam sertifikātam

**Jāaizpilda gadījumā, ja persona (ES, EEZ dalībvalsts vai Šveices Konfederācijas pilsonis) nevar uzrādīt EVAK vai EVAK aizvietojošo sertifikātu.**

|  |
| --- |
| ***1. INFORMĀCIJA PAR PACIENTU*** |

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Valsts, kurā persona ir apdrošināta   (valsts, kurā persona strādā vai pilsonības valsts) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.2. Personas uzvārds (-i) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.3. Personas vārds (-i) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.4. Personas dzimšanas datums |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.5. Personas identifikācijas numurs vai personas kods |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.6. Personas adrese valstī, kurā tā ir apdrošināta  (persona pati norāda) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.7. Veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas sākuma datums |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.8. Veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanas beigu datums |  |

|  |
| --- |
| ***2. INFORMĀCIJA PAR PIEPRASĪTĀJU*** |

|  |  |
| --- | --- |
| 2.1. Pieprasījuma aizpildīšanas datums |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2.2. Ārstniecības iestāde |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2.3. Ārstniecības iestādes kontaktpersona |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.4. Tālrunis |  | 2.5. Fakss |  |

|  |
| --- |
| Šis pieprasījums ir jānosūta Nacionālā veselības dienesta **Starptautiskās sadarbības nodaļai** (pirms dokumenta nosūtīšanas pa pastu, var nosūtīt pa faksu: 67043701 vai e-pastu: [nvd@vmnvd.gov.lv](mailto:nvd@vmnvd.gov.lv)). |