*1.pielikums*

*līgumam par Covid-19 vakcinācijas*

*pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

**Ārstniecības personu saraksts un darba grafiks**

1. **Ārstniecības iestādes nosaukums:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Ārstniecības iestādes kods:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Kontaktinformācija saziņai ar pacientiem\*:**
   1. **tālruņa numurs : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
   2. **tālruņa numura darba laiks nedēļas dienās:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nedēļas diena** | **Darba laiks** |
| Pirmdiena |  |
| Otrdiena |  |
| Trešdiena |  |
| Ceturtdiena |  |
| Piektdiena |  |
| Sestdiena |  |
| Svētdiena |  |

* 1. **elektroniskā pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;\*\***
  2. **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. **Ārstniecības personu saraksts, kuras nodrošinās Covid - 19 vakcināciju:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.p.k.** | **Ārstniecības personas identifikators** | **Vārds** | **Uzvārds** | **Specialitātes kods** |
| **4.1.** |  |  |  |  |
| **4.2.** |  |  |  |  |

1. **Covid - 19 vakcinācijas kabinetu adreses un plānotais darba laiks:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nedēļas diena** | **Adrese:** | |
| **Darba laiks** | **Plānotais vakcinējamo personu skaits nedēļā** |
| Pirmdiena |  |  |
| Otrdiena |  |
| Trešdiena |  |
| Ceturtdiena |  |
| Piektdiena |  |
| Sestdiena |  |
| Svētdiena |  |

1. **IZPILDĪTĀJS veiks mobilās vakcinācijas izbraukumos:**

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

*\*atbilstoši 2018. gada 28. augusta MK noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 12. pielikuma 1. punktam.*

1. **DIENESTAM ir tiesības šajā pielikumā norādīto informāciju izmantot pacientu informēšanai, ievietojot to Dienesta tīmekļa vietnē.**

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