*1.pielikums*

*līgumam par medicīniskās apaugļošanas*

*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. **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. **Ārstniecības personu saraksts un darba grafiks:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.****p.k.** | **Identifikators** | **Vārds** | **Uzvārds** | **Specialitātes kods** | **Pieņemšanas laiks valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem** | **Tiesības izrakstīt kompensējamos medikamentus (+ vai -)** |
| **Pr** | **O** | **T** | **C** | **Pk** | **S** |
| 4.1. Pakalpojumu sniegšanas adrese: |
| 4.1.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.1.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2. Pakalpojumu sniegšanas adrese: |
| 4.2.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **DIENESTAM ir tiesības šajā pielikumā norādīto informāciju izmantot pacientu informēšanai, ievietojot to DIENESTA tīmekļvietnē** [**www.vmnvd.gov.lv**](http://www.vmnvd.gov.lv) **un iekļaujot elektroniskajās uzaicinājuma vēstulēs personām.**
2. **Pakalpojuma sniegšanā iesaistītie speciālisti**

Medicīniskās apaugļošanas procedūras veic šādi IZPILDĪTĀJA speciālisti, kuri atbilst DIENESTA veiktās 2017.gada medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu sniedzēju atlases procedūras nolikuma prasībām:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nr.p.k.*** | ***vārds, uzvārds, identifikators*** | ***specialitāte*** | ***pieredzes apliecinājuma datums*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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