*1.pielikums*

*līgumam par primārās veselības*

*aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

**Informācija par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un darba grafiks**

|  |  |
| --- | --- |
|    | **Ārstniecības iestādes nosaukums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Ārstniecības iestādes kods \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Ārstniecības iestādes adrese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Ārstniecības iestādes kontakttālrunis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Nr.****p.k.** | **Vārds** | **Uzvārds** | **Ārstniecības personas identifikators** | **specialitāte** | **specialitātes kods** | **Slodzes apjoms** | **Feldšerpunkta darba laiks** |
| **Pirmdiena** | **Otrdiena** | **Trešdiena** | **Ceturtdiena** | **Piektdiena** | **Sestdiena** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IZPILDĪTĀJS sniedz Covid-19 vakcinācijas pakalpojumus (tiek aizpildīts, ja IZPILDĪTĀJS nodrošina Covid-19 vakcināciju) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr.p.k. | Ārstniecības iestādes adrese | Tālrunis pierakstamCovid-19 vakcinācijai | Tālruņa darba laiks pieraksta veikšanai | Elektroniska pieteikuma vietne, ja tāda ir |
|  |  |  |  |  |

Dienestam ir tiesības šī pielikumā minēto informāciju izmantot pacientu informēšanai, ievietojot to savā interneta mājas lapā.

Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIENESTS IZPILDĪTĀJS