**Pieteikums VVIS lietotāju tiesību piešķiršanai**

**(RAT testu operators)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informācija par ārstniecības iestādi** | | | | | | | |
| Iestādes nosaukums | | | |  | | | |
| Reģistrācijas numurs  (ārstniecības iestādēm ārstniecības iestāžu reģistrācijas nr.) | | | |  | | | |
| **Informācija par Līgumu** *(aizpilda Dienests)* | | | | | | | |
| Dienesta Līguma reģistrācijas numurs | | | |  | | | |
| Līguma noslēgšanas datums (dd.mm.gggg.) | | | |  | | | |
| **Iestādes kontaktpersona** | | | |  | | | |
| *Lūgums ņemt vērā, ka zemāk norādītajai kontaktpersonai tiks sūtītā visa ar Līguma izpildi saistītā informācija. Iestādes kontaktpersona būs atbildīga par Līguma izpildes kontroli un tālāku informācijas nodošanu Iestādes atbildīgajām personām.* | | | | | | | |
| Vārds | | | |  | | | |
| Uzvārds | | | |  | | | |
| Tālrunis | | | |  | | | |
| E-pasta adrese | | | |  | | | |
| **Iestādes lietotājs (-i)** | | | | | | | |
| *Iestāde norāda personas, kurām ir nepieciešams piešķir lietotāja tiesības:* [*https://lab.covid19sertifikats.lv/*](https://lab.covid19sertifikats.lv/) | | | | | | | |
| Nr. | Vārds | Uzvārds | Personas kods | E-pasta adrese | Loma | Darbība  \* | Datums  \*\* |
| 1 |  |  |  |  | RAT testu operators |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Funkcionalitāte** - RAT testus ievade un Covid-19 sertifikātu izgūšana portālā <https://lab.covid19sertifikats.lv/> | | | | | | | |
| **!!!** Iesniedzējs ar šo iesniegumu **apliecina,** ka ir reģistrējis minēto personu Veselības inspekcijas uzturētajā Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā **kā medicīnas asistentu** (izņemot gadījumus, ja persona jau ir reģistrēta reģistrā citā statusā): | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informācija par pieteikuma aizpildīšanu** | |
| *Informāciju par pieteikuma aizpildīšanu neaizpilda, ja pieteikums tiek aizpildīts elektroniski un elektroniskais dokuments ir noformēts atbilstoši elektronisko dokumentu noformēšanai normatīvajos aktos noteiktajām prasībām.* | |
| Aizpildīšanas datums (dd.mm.gggg.) |  |
| Paraksts: | Paraksta atšifrējums: |
| Iesnieguma numurs / Saņemšanas datums:  *(aizpilda Dienests) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |

*Pēc pieteikuma saņemšanas Dienestā, E-veselības sistēmas lietotāju tiesības Dienests piešķir, bloķē vai anulē 5 (piecu) darba dienu laikā, skaitot no pieteikuma saņemšanas brīža.*