Nacionālā veselības dienesta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nodaļai

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ārstniecības personas vārds, uzvārds)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(personas kods)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(deklarētās dzīvesvietas adrese)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(kontakttālrunis)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(e-pasta adrese)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ārstniecības personas sertifikāta numurs)*

**IESNIEGUMS**

**par reģistrēšanu ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā**

Lūdzu Nacionālo veselības dienestu (turpmāk - Dienests) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ārstniecības personas vārds, uzvārds)*

reģistrēt ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(norāda Administratīvās teritorijas)* Administratīvajā teritorijā.

Iesniegumam IR / NAV pievienota izziņa no augstskolas, kas apliecina, ka ģimenes ārsts beidzis valsts finansētu rezidentūru *(atzīmēt, ka izziņa ir pievienota iesniegumam, ja gada laikā pēc valsts finansētās rezidentūras beigšanas vēlaties, lai ģimenes ārstu Gaidīšanas sarakstā tiktu reģistrēts ārpus kārtas)*.

Atļauju sniegto informāciju Dienestam izmantot, lai nodrošinātu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(datums dd.mm.gggg)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(paraksts)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(paraksta atšifrējums)* |