**APLIECINĀJUMS**

**par izmeklējumu rezultātu piekļuves nodrošināšanu**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ārstniecības iestādes nosaukums) apliecina, ka ārstniecības iestāde no \_\_\_.\_\_\_.20\_\_ ir nodrošinājusi pieeju mamogrāfijas izmeklējuma datiem un izmeklējuma aprakstiem piecu (5) darba dienu laikā pēc izmeklējumu veikšanas visām stacionārām ārstniecības iestādēm, kas nodrošina onkoloģisko pacientu veselības aprūpi.

Apliecinājums paredzēts iesniegšanai DIENESTAM.

20\_\_\_.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(paraksts)*