*Līguma par primārās veselības*

*aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

*6.1.29.punkts*

**APLIECINĀJUMS**

**par ģimenes ārsta praksē faktiski izlietoto finansējumu veselības veicināšanas un rehabilitācijas pasākumiem\***

Es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*ģimenes ārsta prakses nosaukums, ģimenes ārsta vārds, uzvārds*) apliecinu, ka laika periodā no 2021. gada 1. oktobra līdz 2022. gada 31. augustam atbilstoši līguma par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu 6.1.24. punktā noteiktajai kārtībai ģimenes ārsta praksē tika saņemti veselības veicināšanas un rehabilitācijas pasākumi par summu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EUR.

Apliecinu, ka iesniedzot informāciju par saņemtiem veselības aprūpes pakalpojumiem apdrošinātājam vai aizpildot kārtējo iedzīvotāja ienākuma nodokļa deklarāciju iesniegšu informāciju tikai par to saņemto pakalpojumu daļu, par kuru Dienests nav veicis izdevumu kompensāciju.

Apliecinājums paredzēts iesniegšanai DIENESTAM.

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

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

*(paraksts)*

*\* Atbilstoši* *Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumu Nr.555 „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”* *245.4 punktā noteiktajam.*