*Līguma par primārās veselības*

*aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

*6.1.20.punkts*

**APLIECINĀJUMS**

**maksājuma piešķiršanai ģimenes ārstu aizvietošanai atvaļinājuma un slimības gadījumā**

Ar šo apliecinu, ka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ģimenes

 *(iestādes nosaukums)*

ārsts*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* atradās prombūtnē:

 *(vārds uzvārds)*

1. Atvaļinājumā \_\_\_ darba dienas – no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ līdz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Uz A darba nespējas lapas \_\_\_ darba dienas – no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ līdz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ģimenes ārsts prombūtnes laikā tika aizvietots ar citu ģimenes ārstu: Ārstniecības iestādes nosaukums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ārsta vārds\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ārsta uzvārds\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Apliecinājums paredzēts iesniegšanai Nacionālajam veselības dienestam.

2022.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(paraksts)*