*Līguma par primārās veselības*

*aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

*6.1.4.punkts*

Nacionālajam veselības dienestam

Ģimenes ārsts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ārstniecības iestāde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informatīvs paziņojums par prombūtni un par aizvietošanu

Es, ģimenes ārsts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ar šo informēju Nacionālo veselības dienestu, ka manas prombūtnes laikā mani var aizvietot ģimenes ārsts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Piekrītu. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aizvietojošais ģimenes ārsts.

Cieņā

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (vārds, uzvārds, paraksts)