**Apliecinājums par ģimenes ārsta aizvietošanu prombūtnes laikā**

Es, ģimenes ārsts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ar šo informēju Nacionālo veselības dienestu, ka esmu vienojies ar ģimenes ārstu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ka manas prombūtnes laikā viņš/viņa mani aizvietos.

Šis paziņojums ir spēkā, līdz kamēr tas netiek atsaukts no manas vai aizvietojošā ģimenes ārsta puses.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*

(Aizvietojamā vārds, uzvārds, paraksts)

PIEKRĪTU:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*

(Aizvietojošā ģimenes ārsta vārds uzvārds, paraksts)