**Nacionālajam veselības dienestam**

**Rīga, Cēsu iela 31 k3, LV-1012**

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

*(iesniedzēja vārds, uzvārds)*

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

*(personas kods)*

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

*(adrese atbildes nosūtīšanai)*

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

*(kontaktinformācija – tālrunis, e-pasts)*

Rīgā, 20\_\_\_.gada \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IESNIEGUMS**

Lūdzu atbloķēt manu reģistrāciju pie ģimenes ārsta veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datubāzē, sakarā ar:

* atbrīvojumu no ieslodzījuma vietas\*;
* izrakstu no psihoneiroloģiskās slimnīcas\*\*;
* deklarētās dzīvesvietas maiņu.

*\*Pielikumā pievienota izziņa no Ieslodzījuma vietu pārvaldes*

*\*\*Pielikumā pievienots izraksts no Ārstniecības iestādes*

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

 *(iesniedzēja paraksts)*