2. pielikums
Ministru kabineta
2010. gada 21. jūnija
noteikumiem Nr. 569

*(Pielikums MK 22.10.2019. noteikumu Nr. 489 redakcijā)*

Iekšlietu ministrijas veselības un sporta centram
Čiekurkalna 1. līnija 1, k-1, Rīga, LV-1026
vsc@iem.gov.lv

**Ārstniecības iestādes** **apliecinājums par ķirurģiskas operācijas nepieciešamību**

|  |  |
| --- | --- |
|  | apliecina, ka |
| (ārstniecības iestādes nosaukums) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| pacientam |  |
|  | (pacienta vārds, uzvārds, personas kods) |

|  |  |
| --- | --- |
| nepieciešama ķirurģiska operācija |  |
|  | (operācijas nosaukums un kods) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nacionālais veselības dienests šādu operāciju veikšanu ārstniecības iestādei no valsts budžeta līdzekļiem neapmaksā. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | No valsts budžeta līdzekļiem apmaksāta operācija rindas kārtībā iespējama |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| (norāda gadu un mēnesi) |

Informācija par iespējamām maksas pakalpojuma izmaksām

Kopējā maksa par plānoto ķirurģisko operāciju \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *euro*

Ķirurģiskās operācijas izmaksas veido šādas pozīcijas un to cenas (*euro*):

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maksas ķirurģiskās operācijas datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Piezīmes

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (datums) |  | (vārds, uzvārds) |  | (paraksts\*) |

Piezīme. \* Dokumenta rekvizītu "paraksts" neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.