*Līguma par medicīniskās apaugļošanas*

*pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

*6.1.9.punkts*

## Informācija par personas uzrādīto S veidlapu

## B lapa

## Informācija par personas uzrādīto veidlapu.

Jāaizpilda gadījumā, ja nav iespējams nokopēt personas uzrādīto veidlapu un personu apliecinošus dokumentus. Lapa jāaizpilda 2 eksemplāros: viens tiek pievienots medicīniskajai dokumentācijai, otrs tiek sūtīts uz Nacionālā veselības dienesta E-veselības un starptautiskās sadarbības departamentu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | UZRĀDĪTĀ VEIDLAPA (atzīmēt tikai vienu no norādītajām) | |
| **S 1  S 2  S 3** | | |
|  |  | |
| **INFORMĀCIJA PAR VEIDLAPU** | | |
|  | Izsniegšanas  datums |  |
|  | Derīguma datums no... |  |
|  | Derīguma datums līdz... |  |
| **INFORMĀCIJA PAR APDROŠINĀTO PERSONU** | | |
|  | Uzvārds |  |
|  | Vārds (-i) |  |
|  | Dzimšanas  datums |  |
|  | Adrese kompetentajā valstī |  |
|  | Personas kods  vai identifikācijas numurs |  |
| **INFORMĀCIJA PAR APDROŠINĀTĀS PERSONAS ĢIMENES LOCEKLI** (aizpilda gadījumā, ja pakalpojumus saņēma veidlapā uzrādītais ģimenes loceklis) | | |
|  | Uzvārds |  |
|  | Vārds (-i) |  |
|  | Dzimšanas  datums |  |
|  | Adrese |  |
|  | Personas kods  vai identifikācijas numurs |  |
| **INFORMĀCIJA PAR KOMPETENTO INSTITŪCIJU**  (institūcija, kas izsniegusi personai veidlapu) | | |
|  | Valsts  saīsinājums |  |
|  | Institūcijas nosaukums |  |
|  | Institūcijas koda numurs |  |
|  | Institūcijas  adrese |  |

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksts, paraksta atšifrējums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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