## Informācija par personas uzrādīto S veidlapu, EVAK vai tā aizvietojošo sertifikātu

## A lapa

## Informācija par personas uzrādīto EVAK vai to aizvietojošo sertifikātu.

Jāaizpilda gadījumā, ja nav iespējams nokopēt personas uzrādīto EVAK vai to aizvietojošo sertifikātu un personu apliecinošus dokumentus. Lapa jāaizpilda 2 eksemplāros: viens tiek pievienots medicīniskajai dokumentācijai, otrs tiek sūtīts uz Nacionālā veselības dienesta Starptautiskās sadarbības nodaļu.

Uzrādītais dokuments, kas apliecina tiesības uz valsts garantēto veselības aprūpi (jāatzīmē vismaz viens un tikai viens no zemāk norādītajiem lauciņiem):

**EVAK  EVAK aizvietojošais sertifikāts**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMĀCIJA PAR APDROŠINĀTO PERSONU** | | | | |
|  | Uzvārds | |  | |
|  | Vārds | |  | |
|  | Dzimšanas  datums | |  | |
|  | Personas adrese  (valstī, kas izsniegusi EVAK) | |  | |
|  | Personas identifikācijas numurs | |  | |
| **INFORMĀCIJA PAR UZRĀDĪTO EVAK** | | | | |
|  | EVAK numurs | |  | |
|  | Derīguma termiņš līdz … | |  | |
| **INFORMĀCIJA PAR KOMPETENTO INSTITŪCIJU** (institūcija, kas izsniegusi EVAK vai EVAK aizvietojošo sertifikātu) | | | | |
|  | Valsts saīsinājums | |  | |
|  | Institūcijas koda nr. | |  | |
| **Papildus informācija, ja persona uzrāda EVAK aizvietojošo sertifikātu** | | | | |
|  | | Izsniegšanas datums (parakstīšanas datums) | |  | |
|  | | Derīguma termiņš  no ... | |  | |
|  | | Derīguma termiņš  līdz ... | |  | |

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

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

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

## 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 Starptautiskās sadarbības nodaļu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_