**Pieteikums VVIS lietotāju tiesību piešķiršanai**

**(RAT testu operators)**

|  |
| --- |
| **Informācija par ārstniecības iestādi**  |
| Iestādes nosaukums |   |
| Reģistrācijas numurs (ārstniecības iestādēm ārstniecības iestāžu reģistrācijas nr.) |   |
| **Informācija par Līgumu** *(aizpilda Dienests)* |
| Dienesta Līguma reģistrācijas numurs  |   |
| Līguma noslēgšanas datums (dd.mm.gggg.) |   |
| **Iestādes kontaktpersona** |  |
| *Lūgums ņemt vērā, ka zemāk norādītajai kontaktpersonai tiks sūtītā visa ar Līguma izpildi saistītā informācija. Iestādes kontaktpersona būs atbildīga par Līguma izpildes kontroli un tālāku informācijas nodošanu Iestādes atbildīgajām personām.* |
| Vārds |   |
| Uzvārds |   |
| Tālrunis |   |
| E-pasta adrese |   |
| **Iestādes lietotājs (-i)** |
| *Iestāde norāda personas, kurām ir nepieciešams piešķir lietotāja tiesības:* [*https://lab.covid19sertifikats.lv/*](https://lab.covid19sertifikats.lv/) |
| Nr. | Vārds | Uzvārds | Personas kods | E-pasta adrese | Loma | Darbība\* | Datums\*\* |
| 1 |   |   |   |   | RAT testu operators |   |   |
| 2 |   |   |   |   |  |   |   |
| 3 |   |   |   |   |  |   |   |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Funkcionalitāte** - RAT testus ievade un Covid-19 sertifikātu izgūšana portālā <https://lab.covid19sertifikats.lv/>  |
| **!!!** Iesniedzējs ar šo iesniegumu **apliecina,** ka ir reģistrējis minēto personu Veselības inspekcijas uzturētajā Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā **kā medicīnas asistentu:**  |
| **!!!** Iesniedzējs ar šo iesniegumu **apliecina,** ka ir noslēdzis sadarbības līgumu ar laboratoriju par PĶR testu veikšanu: |

|  |
| --- |
| **Informācija par pieteikuma aizpildīšanu** |
| *Informāciju par pieteikuma aizpildīšanu neaizpilda, ja pieteikums tiek aizpildīts elektroniski un elektroniskais dokuments ir noformēts atbilstoši elektronisko dokumentu noformēšanai normatīvajos aktos noteiktajām prasībām.* |
| Aizpildīšanas datums (dd.mm.gggg.) |   |
| Paraksts: | Paraksta atšifrējums: |
| Iesnieguma numurs / Saņemšanas datums: *(aizpilda Dienests) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  |

*Pēc pieteikuma saņemšanas Dienestā, E-veselības sistēmas lietotāju tiesības Dienests piešķir, bloķē vai anulē 5 (piecu) darba dienu laikā, skaitot no pieteikuma saņemšanas brīža.*