*1.pielikums*

*līgumam par ambulatorās psihoterapeitiskās un/vai psiholoģiskās palīdzības*

*pakalpojumu sniegšanu un apmaksu*

**Pakalpojumu sniedzēju saraksts un darba grafiks**

1. **Iestādes nosaukums:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Ārstniecības iestādes kods (ja ir):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Kontaktinformācija saziņai ar pacientiem\*:**
   1. **tālruņa numurs : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
   2. **tālruņa numura darba laiks nedēļas dienās:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakalpojuma sniedzēja vārds, uzvārds** | **Pakalpojuma veids** | **Specialitāte** | **Nedēļas diena** | **Darba laiks** |
|  |  |  | Pirmdiena |  |
|  |  |  | Otrdiena |  |
|  |  |  | Trešdiena |  |
|  |  |  | Ceturtdiena |  |
|  |  |  | Piektdiena |  |
|  |  |  | Sestdiena |  |
|  |  |  | Svētdiena |  |

* 1. **elektroniskā pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
  2. **platformas, ko izmanto attālināto konsultāciju sniegšanai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
  3. **mājas lapas adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\*\***

**\*** *ja iestāde darbojas vairākās adresēs vai iestādē ir vairāki tālruņa numuri saziņai ar pacientiem, tad informāciju norāda par katru adresi un atsevišķu pakalpojumu veidu, veidojot attiecīgus apakšpunktus (3.1.1, 3.1.2, …) un norādot konkrētai adresei un pakalpojuma veidam, kurš tiek nodrošināts konkrētajā adresē, atbilstošo tālruņa numuru.*

**\*\*** *apakšpunkts nav obligāti aizpildāms.*

1. **Pakalpojumu sniedzēju saraksts, kuras nodrošinās ambulatorās psihoterapeitiskās un/vai psiholoģiskās palīdzības pakalpojumu sniegšanu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.p.k.** | **Pakalpojumu sniedzēja** | | |
| **Vārds** | **Uzvārds** | **Specialitātes kods (ja tāds ir|)** |
| **4.1.** |  |  |  |
| **4.2.** |  |  |  |

1. **Adrese, kurā tiks sniegti ambulatorās psihoterapeitiskās un/vai psiholoģiskās palīdzības pakalpojumi un plānotais darba laiks:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nedēļas diena** | **Adrese:** |
| **Darba laiks** |
| Pirmdiena |  |
| Otrdiena |  |
| Trešdiena |  |
| Ceturtdiena |  |
| Piektdiena |  |
| Sestdiena |  |
| Svētdiena |  |

1. **DIENESTAM ir tiesības šajā pielikumā norādīto informāciju izmantot pacientu informēšanai, ievietojot to Dienesta tīmekļa vietnē.**

Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iestādes vadītāja paraksts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_