**Nacionālajam veselības dienestam**

**Rīga, Cēsu iela 31 k3, LV-1012**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(vārds, uzvārds)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(personas kods)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(adrese)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(kontakttālrunis)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(elektroniskā pasta adrese)*

Rīgā, 20\_\_\_.gada \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IESNIEGUMS**

Lūdzu atbloķēt mani Veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmas ,,Vadības informācijas sistēma” Veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju reģistrā, sakarā ar:

* Atbrīvojumu no ieslodzījuma vietu pārvaldes\*
* Izrakstu no psihoneiroloģiskās slimnīcas
* Deklarētās dzīvesvietas maiņu

\*Pielikumā pievienota izziņa no ieslodzījuma vietas pārvaldes

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(iesniedzēja paraksts)*