*1.pielikums*

*Līgumam par veselības aprūpes pieejamības nodrošināšanu*

*sociālās aprūpes centros*

**Ārstniecības personu saraksts**

1. **Iestādes nosaukums:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Iestādes kods:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Kontaktinformācija:**
	1. **tālruņa numurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
	2. **elektroniskā pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
4. **Ārstniecības personu saraksts:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.****p.k.** | **Ārstniecības personas identifikators**  | **Vārds** | **Uzvārds** | **Specialitātes kods** | **Tiesības izrakstīt kompensējamos medikamentus** **(+ vai -)** | **Tiesības nosūtīt valsts apmaksāto pakalpojumu saņemšanai****(+ vai -)** |
|
| **4.1.** Pakalpojumu sniegšanas adrese: |
| 4.1.1. |  |  |  |  |  |  |
| 4.1.2. |  |  |  |  |  |  |
| 4.1.3. |  |  |  |  |  |  |
| 4.1.4. |  |  |  |  |  |  |

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iestādes vadītāja paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_