**APLIECINĀJUMS**

**par ģimenes ārsta aizvietošanu\***

Es, ģimenes ārsts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apņemos aizvietot ģimenes ārstu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ šī ģimenes ārsta prombūtnes laikā no piecām dienām līdz diviem mēnešiem un pildīt viņa pienākumus saskaņā ar līgumu, kas noslēgts starp \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ un Nacionālo veselības dienestu. Esmu vienojies ar ģimenes ārstu \_\_\_\_\_\_\_ par aizvietošanas nosacījumiem un esmu informēts, ka Nacionālais veselības dienests norēķinus par šajā apliecinājumā norādītā darba veikšanu ar mani neveiks.

Apliecinājums paredzēts iesniegšanai Nacionālajam veselības dienestam.

20\_\_\_.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 *(paraksts)*

*\* Ministru kabineta 2018.gada 28.augusta noteikumu Nr.555 „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 41.punkta izpildes nodrošināšanai*