**Pašvaldības SIA “Ventspils poliklīnika”**

Reģistrācijas numurs: 40003246298

Juridiskā adrese: Raiņa iela 6, Ventspils

e-pasts: [info@ventspilspoliklinika.lv](mailto:info@ventspilspoliklinika.lv)

Vārds, uzvārds:

Personas kods:

Tālrunis:

E – pasts:

***iesniegums***

***Par medicīniskās dokumentācijas izraksta/noraksta/kopijas izsniegšanu***

Lūdzu sagatavot un izsniegt izrakstu/norakstu/kopiju no manas medicīniskās dokumentācijas (Lūdzu norādīt kāda informācija nepieciešama):

No ambulatorā pacienta medicīniskās kartes

Cits:

Laika periods vai datums:

Speciālists:

Papildu informācija par nepieciešamo medicīnisko dokumentāciju:

                                                                           

**Dokumentu vēlos saņemt:**

Pa pastu (norādīt pilnu pasta adresi):

Klātienē:

Uz elektroniskā pasta adresi:

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

*/Paraksts/*

Esmu informēts, ka saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 9. panta (1) daļu:

Pacientam ir tiesības pieprasīt un saņemt izrakstus, norakstus un kopijas atbilstoši ārstniecības iestādē apstiprinātajam cenrādim. Pacientam ir tiesības vienu reizi bez maksas saņemt savu medicīnisko dokumentu izrakstu, norakstu vai kopiju.

Iesniedzot šo iesniegumu, esmu informēts/-a par personas datu apstrādi atbilstoši Eiropas Parlamenta un Padomes 2016. gada 27. aprīļa regulai 2016/679 par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK un Pašvaldības SIA “Ventspils poliklīnikas” privātuma politikai (<https://www.ventspilspoliklinika.lv/par-mums/privatuma-politika> /)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Ja dokuments izsniegts klātienē:**

*Izsniegšanas datums:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Personas paraksts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Uzrādīts personu apliecinošs dokuments: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*/Pase vai ID karte/*

Izsniegts

pašvaldības SIA “Ventspils poliklīnika” darbinieka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ klātbūtnē.

/*Vārds, Uzvārds/*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Darbinieka paraksts)*