**Pašvaldības SIA “Ventspils poliklīnika”**

Reģistrācijas numurs: 40003246298

Juridiskā adrese: Raiņa iela 6, Ventspils

e-pasts: 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)*