Kompensuojamųjų vaistų paso ir sveikatos priežiūros specialisto tapatybę patvirtinančių lipdukų išdavimo tvarkos aprašo

5 priedas

**(Prašymo išduoti kompensuojamųjų vaistų pasą forma)**

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

(*Apdraustojo privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustasis) vardas, pavardė − pildoma didžiosiomis raidėmis)*

Apdraustojo asmens kodas

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adresas

Telefonas

Jei nėra asmens kodo, pildoma ši dalis

|  |
| --- |
| Gimimo data |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  *metai mėnuo diena*Dokumentas išduotas Lietuvos Respublikoje: taip  ne Dokumento tipas: gimimo liudijimas pasas kitas Serija\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**PRAŠYMAS IŠDUOTI KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ PASĄ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Data)*

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

*(Sudarymo vieta*)

Prašau išduoti man kompensuojamųjų vaistų pasą.

Kompensuojamųjų vaistų pasas išduodamas pirmą kartą: taip  ne 

Grąžinto kompensuojamųjų vaistų paso titulinio puslapio lipduko Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aš esu informuotas, kad mano asmens duomenys bus tvarkomi Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo nustatyta tvarka juridinių asmenų, vykdančių sveikatos priežiūros, privalomojo sveikatos draudimo bei šių sektorių administravimo veiklą. Nurodyti juridiniai asmenys asmens kodą gali naudoti tik tuo tikslu, kuriuo jis buvo gautas, ir tik tais atvejais, kai tai yra būtina siekiant teisėto ir apibrėžto asmens duomenų tvarkymo tikslo – Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuoti apdraustajam gydyti skiriamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidas Sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka.

Pavedu man išduotą kompensuojamųjų vaistų pasą atsiimti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 *(asmens vardas, pavardė, gimimo data)*

Apdraustojo arba jo atstovo pagal įstatymą vardas, pavardė, gimimo data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(parašas)*

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

(*Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje priimtas prašymas,* *pavadinimas arba spaudas*)

Prašymo registravimo data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registracijos Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

*(Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (Parašas) (Vardas, pavardė)“*

*darbuotojo, priėmusio prašymą, pareigos)*

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