|  |
| --- |
|  |
| (*vardas ir pavardė)* |
| *(asmens kodas,)* |

*(Telefono Nr., adresas, el.pašto adresas)*

Nacionalinio vėžio instituto

direktoriui

**PRAŠYMAS**

**DĖL MEDICININIŲ DOKUMENTŲ KOPIJŲ / IŠRAŠŲ PATEIKIMO**

20\_\_- \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Vilnius

Prašau išduoti mano/mano atstovaujamo asmens (*pabraukti*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(*vardas, pavardė, gimimo data)*

⬜ gydymo stacionare ligos istorijos kopiją ⬜ ambulatorinės kortelės kopiją

⬜ išrašo iš gydymo stacionare ligos istorijos kopiją ⬜ rentgeno nuotraukas

⬜ kompaktinę plokštelę su tyrimo vaizdais ⬜ kita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionaliniame vėžio institute gydžiausi/gydėsi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Stacionare/ambulatoriškai, nurodyti skyrių)*

Prašomus dokumentus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(įrašyti: pasiimsiu pats(ti) - nurodyti datą/siųsti į sveikatos priežiūros įstaigą/siųsti registruotu laišku, prašyme nurodytu adresu)*

Su kopijų išdavimo ir apmokėjimo tvarka esu susipažinęs (-usi).

PRIDEDAMA:

⬜ Asmens tapatybės kortelės kopija

⬜ Paso kopija

⬜ Įgaliojimo kopija

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

*(parašas) (vardas, pavardė)*