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

(iesniedzēja vārds, uzvārds)

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

(personas kods)

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

(tālrunis saziņai)

**Iesniegums SIA “Rīgas veselības centrs”**

**par medicīnisko dokumentu kopijas izsniegšanu**

Lūdzu izsniegt ierakstu vai dokumentu kopiju no manas vai mana bērna (aizbilstamā) SIA “Rīgas veselības centrs” rīcībā esošās medicīniskās dokumentācijas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( vārds, uzvārds) (pacienta personas kods)

medicīniskās dokumentācijas par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(norādīt, kāda konkrēta informācija vai par kādiem konkrētiem pakalpojumiem kādā SIA “Rīgas veselības centrs” filiālē nepieciešama)

par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(norādīt laika periodu vai konkrētu datumu)

Dokumentu kopiju vēlos saņemt (norādīt vienu no iespējām):

□ elektroniski (parakstītu ar drošu elektronisko parakstu)

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

(norādīt e-pasta adresi)

□ klātienē papīra formātā SIA “Rīgas veselības centrs” filiālē:

(Atzīmēt vienu:)

□ Bolderāja □ Imanta □ Torņakalns □ Iļģuciems □ Ķengarags □ Ziepniekkalns

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

(\*datums) (\*paraksts)

\*Dokumenta rekvizītus “paraksts” un “datums” neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu, kas parakstīti ar drošu elektronisko parakstu, noformēšanu

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pieprasot informāciju par nepilngadīgu personu vai aizbilstamo, lūgums elektroniski sūtītam dokumentam pievienot vai papīra formātā iesniegtam dokumentam pie iesniegšanas uzrādīt dokumentu, kas apliecina, ka esat konkrētās personas vecāks vai likumiskais pārstāvis.  Informāciju par pilngadīgu personu sniedzam tikai pašai personai vai likumiskajam pārstāvim pēc notariāli apliecināta pilnvarojuma šādu darbību veikšanai saņemšanas.  Informējam, ka izsniedzam tikai medicīniskās dokumentācijas kopijas, jo ambulatorā pacienta medicīniskā karte un cita medicīniskā dokumentācija ir ārstniecības iestādes īpašums.  Iesniegumu SIA “Rīgas veselības centrs” var iesniegt:   * elektroniski (parakstītu ar drošu elektronisko parakstu) sūtot uz adresi [rvc@rigasveseliba.lv](mailto:rvc@rigasveseliba.lv) ; * sūtot pa pastu (pašrocīgi parakstītu papīra formātā) uz adresi Spulgas iela 24, Rīga, LV-1058; * iesniedzot personīgi jebkurā SIA “Rīgas veselības centrs” filiālē.   Iesniegumā minētos personas datus SIA “Rīgas veselības centrs” izmantos, lai identificētu iesnieguma iesniedzēju vai personu par kuru jāsniedz informācija, un nodrošinātu komunikāciju ar iesnieguma iesniedzēju.  Informāciju par personas datu apstrādi RVC var iegūt RVC mājaslapas <https://rigasveseliba.lv> sadaļas “Par mums” apakšsadaļā “Personas datu aizsardzības politika”. |