2.pielikums

APSTIPRINĀTS

ar Pulkveža Oskara Kalpaka profesionālās

vidusskolas direktora

07.11.2022. rīkojumu Nr. 113-R

|  |
| --- |
| Pulkveža Oskara Kalpaka profesionālās vidusskolas direktoram |
|  |
|  |
| *(izglītojamā kas ir sasniedzis 18 gadu vecumu*  *vārds, uzvārds)* |
|  |
| *(personas kods)* |
|  |
| *(adrese)* |
|  |

*(tel.nr., e-pasts)*

**IESNIEGUMS**

**par rēķina apmaksu**

Pamatojoties uz Ministru kabineta 2022.gada 18.oktobra noteikumu Nr.640 „Noteikumi par apmaksājamiem veselības aprūpes pakalpojumiem, to saņemšanas nosacījumiem un samaksas kārtību Pulkveža Oskara Kalpaka profesionālās vidusskolas izglītojamiem” 2.punktu un Pulkveža Oskara Kalpaka profesionālās vidusskolas izdotajiem noteikumiem “Kārtība, kādā notiek iesniegto dokumentu aprite par apmaksājamiem veselības aprūpes pakalpojumiem, to saņemšanas nosacījumiem un samaksas kārtību Pulkveža Oskara Kalpaka profesionālās vidusskolas izglītojamiem”, un 20\_\_\_.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ noslēgto līgumu Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ par:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | personas kods | | |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |
| *(izglītojamā vārds, uzvārds)* |  |  |  |

uzņemšanu Izglītības iestādē, lūdzu atlīdzināt man izdevumus par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu (nepieciešamo atzīmēt):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Izglītojamam, kas ir sasniedzis 18 gadu vecumu**   * vakcinācija pret ērču encefalītu; * D vitamīna preparāta iegāde, ja tā lietošanu nozīmējusi ārstniecības persona; * pacienta līdzmaksājums par veselības aprūpes pakalpojumu, kas saistīts ar izziņas saņemšanu par vispārējo veselības stāvokli; * pacienta līdzmaksājums par veselības pārbaudēm, kuras noteicis skolas direktors, izglītojamam uzsākot skolas mācību programmas apguvi; * padziļināta profilaktiskā medicīniskā pārbaude pie sporta ārsta; * veselības aprūpes pakalpojumi, kas saistīti ar traumu, ko izglītojamais guvis Izglītības iestādes organizētā un īstenotā mācību nodarbībā vai pasākumā, ja izdevumi par šiem pakalpojumiem ir pilnībā vai daļēji apmaksāti no izglītojamā līdzekļiem; * ambulatori un stacionāri sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi; * pacienta līdzmaksājums; * medikamenti, kas iekļauti Latvijas Republikas Zāļu reģistrā kā recepšu medikamenti; * laboratoriskie un diagnostiskie izmeklējumi atbilstoši medicīniskajām indikācijām un ar ārstējošā ārsta nosūtījumu; * medicīniskās ierīces; * pacienta kopšanai nepieciešamās preces; * medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi reizi gadā, nepārsniedzot 569,15 euro; * zobu protezēšana un zobārstniecība.  |  |  | | --- | --- | | Naudas līdzekļus lūdzu pārskaitīt uz kontu bankā: | *Bankas nosaukums* | | *Bankas nosaukums* | Konta Nr.: | | Konta Nr.: |  | |

Parakstot šo iesniegumu ar savu parakstu apliecinu, ka neiebilstu, ja Pulkveža Oskara Kalpaka profesionālā vidusskola par nodarbībā vai pasākumā gūtās traumas radītajām sekām un iesniegumā norādītajiem veselības aprūpes pakalpojumiem veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējam pieprasīs papildu informāciju – izrakstu no pacienta medicīniskajiem dokumentiem, lai pārliecinātos, vai saņemtie veselības aprūpes pakalpojumi atbilst Ministru kabineta noteikumos minētajiem veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas nosacījumiem un ir cēloņsakarība starp gūto traumu un izglītojamā dalību Pulkveža Oskara Kalpaka profesionālās vidusskolas nodarbībā vai pasākumā.

Pielikumā:

1. *rēķina nosaukums un Nr. (veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja izrakstītais rēķins, kurā norādīts pakalpojuma saņēmēja vārds, uzvārds, personas kods, veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs un tā rekvizīti, veselības aprūpes pakalpojumi un to saņemšanas datums)* uz \_\_ lp.

2. \_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(iesniedzēja paraksts)*

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