1 pielikums

*SIA “LNS Surdotehniskās palīdzības centrs”*

*Mājas vizītes organizēšanas un samaksas kārtībai*

**SIA “LNS Surdotehniskās palīdzības centrs”**

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

*(vārds, uzvārds)*

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

*(personas kods)*

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

*(deklarētā dzīvesvieta un faktiskā, ja tā atšķiras no deklarētās dzīvesvietas)*

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

*(tālrunis un e-pasts)*

**IESNIEGUMS**

Lūdzu nodrošināt bezmaksas mājas vizīti, jo veselības stāvoklis neatļauj apmeklēt SIA “LNS Surdotehniskās palīdzības centrs” un saņemt uz vietas man pienākušos valsts apmaksāto tehnisko palīglīdzekli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Iesniegumam pievienoju (vajadzīgo atzīmēt ar X):**

 izraksta no stacionārā/ambulatorā pacienta medicīniskās kartes kopiju, ka persona ir kopjama;

vai

 **** VDEAK lēmuma vai ģimenes ārsta atzinuma kopiju, kas apliecina, ka ir nepieciešama īpaša aprūpe.

Kontaktpersona:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tālrunis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-pasts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Informējam, ka Jūsu dati tiks apstrādāti atbilstoši Vispārīgās datu aizsardzības regulas prasībām.

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

 *(datums, vieta)*  *(paraksts)*