

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)