

Ortopedijos techninių priemonių kompensavimo
Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto
lėšomis tvarkos aprašo
3 priedas

(Prašymo leisti savo lėšomis įsigyti ortopedijos techninę priemonę forma)

.....
(Ortopedijos įmonės ar odontologijos įstaigos pavadinimas)
direktoriui

Atstovo vardas, pavardė

,
atstovavimą patvirtinančio dokumento pavadinimas, numeris ,
gyvenamosios vietos adresas

,
telefonas

Apdraustojo privalomuoju sveikatos draudimu vardas, pavardė

,
asmens kodas

,
gyvenamosios vietos adresas

,
telefonas

.....
(Data)

PRAŠYMAS LEISTI SAVO LĖŠOMIS ĮSIGYTI ORTOPEDIJOS TECHNINĘ PRIEMONĘ

Prašau leisti toliau nurodytą (-as) ortopedijos techninę (-es) priemonę (-es) įsigyti savo lėšomis:

Eil. Nr.	Ortopedijos techninės priemonės pavadinimas	Suma, Eur
1		
2		
3		
Iš viso		

Esu informuotas (-a), kad man / mano atstovaujamam asmeniui reikalingos (-ų) ortopedijos techninės (-ių) priemonės (-ių) įsigijimo išlaidos visiškai ar iš dalies kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis.

Esu / mano atstovaujamas asmuo yra susipažinęs (-usi) su Ortopedijos techninių priemonių kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašu ir žinau / mano atstovaujamas asmuo žino, kad kompensaciją už savomis lėšomis įsigytą ortopedijos techninę (-es) priemonę (-es) galėsiu / mano atstovaujamas asmuo galės gauti ne anksčiau kaip 20__ m. ____ mėn. ____ d. (įrašoma data, kai apdraustasis eilės tvarka galės gauti kompensaciją už savo lėšomis įsigytą ortopedijos techninę priemonę).

(Parašas)

(Vardas ir pavardė)

(Šis prašymas turi būti priklijuojamas prie užsakymo priėmimo lapo.)