

ESF projekts Nr. 4.1.2.5/1/23/I/001 “Ārstniecības personu piesaistes un noturēšanas pasākumi”

PRETENDENTA PIETEIKUMS:

**ĢIMENES** **ĀRSTAM, KURŠ NODOD PRAKSI**

|  |
| --- |
| 1. **Ģimenes ārsts, kurš nodod praksi:**
 |
| **Vārds, uzvārds:** |  |
| **Personas kods:** |  |
| **Tālrunis:** |  |
| **E-pasts saziņai un lēmuma nosūtīšanai:** |  |
| **Deklarētā dzīvesvietas adrese:** |  |
| **Prakses nosaukums un ārstniecības iestādes kods:** |  |

[ ]  pretendē uz vienreizēju kompensāciju ģimenes ārstam, kurš nodod savu ģimenes ārsta praksi, par specifisko zināšanu, informācijas un pieredzes nodošanu ģimenes ārstam, kurš pārņem praksi (process ilgst ne mazāk kā vienu mēnesi).

* 1. Apliecinu, ka:
		1. kompensācijas pieteikšanās brīdī esmu sasniedzis pensijas vecumu;
		2. specifisko zināšanu, informācijas un pieredzes nodošanu process ilgs vismaz 1 (vienu) mēnesi;
		3. ir spēkā esošs ģimenes ārsta sertifikāts un ir spēkā esošs līgums ar Nacionālo veselības dienestu par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu;
		4. ar šī pieteikuma parakstīšanu apliecinu, ka visa sniegtā informācija ir patiesa un nepamatotu ziņu sniegšanā uzņemos pilnīgu atbildību. Piekrītu Projekta ietvaros izmantot augstāk sniegto informāciju un pārbaudīt manus personas datus saskaņā ar normatīvajiem aktiem par fizisku personu datu aizsardzību.
	2. Esmu informēts, ka:
		1. kompensācijas pretendenta atbilstība tiks vērtēta uz pieteikuma iesniegšanas dienu Veselības ministrijā;
		2. Kompensācijas tiks izmaksāta tikai pēc tam, kad stāsies spēkā ģimenes ārsta, kurš pārņem praksi, noslēgtais līgums ar Nacionālo veselības dienestu par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

|  |
| --- |
| 1. **Ģimenes ārsts, kurš pārņem praksi:**
 |
| **Vārds, uzvārds:** |  |
| **Personas kods:** |  |
| **Tālrunis:** |  |
| **E-pasts saziņai:** |  |

2.1. Apstiprinu, ka starp mani un Ģimenes ārstu, kurš nodod savu ģimenes ārsta praksi ir noslēgta vienošanās par prakses pārņemšanas uzsākšanu:

[x]  jā

2.2. Lūdzam norādīt ģimenes ārsta prakses nosaukumu:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(norāda ģimenes ārsta prakses nosaukumu)*

2.3. Esmu informēts, ka Ģimenes ārsta prakses pārņemšanas process noslēgsies ar dienu, kad stāsies spēkā starp ģimenes ārsta, kurš pārņem ģimenes ārsta praksi un Nacionālo veselības dienestu noslēgtais līgums par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

Datums skatāms laika zīmogā

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

Pretendenta – ģimenes ārsta, kurš **nodod** praksi, paraksts\*

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

Pretendenta – ģimenes ārsta, kurš **pārņem** praksi, paraksts\*