1.pielikums   
Ministru kabineta   
2014.gada \_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_

noteikumiem Nr.\_\_\_

Izziņa Nr.\_\_\_

iesniegšanai Nākotnes pilnvarojumu reģistrā

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Ārstniecības iestādes nosaukums | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 2. Pacienta (pilnvarotāja) vārds, uzvārds | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 3. Pacienta personas kods | | - | | |
| 4. Izziņas saņēmēja (pilnvarnieka) vārds, uzvārds | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. Izziņas saņēmēja personas kods | - | | | |
| 6. Dati par izziņas saņēmēja uzrādīto notariālo aktu grāmatas izrakstu (nākotnes pilnvarojuma līgums): | | | | |
| 6.1. datums (dd.mm.gggg) | .. | | | |
| 6.2. numurs | \_\_\_\_\_\_ | | | |
| 6.3. apliecinošā notāra vārds, uzvārds | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 7. Ziņas par pacienta veselības stāvokli (vajadzīgo norādīt): | | | | |
| pacients **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** saprast savas darbības nozīmi un vadīt to | | | | |
| *(spēj/zaudējis spēju)* | | | | |
| 8. Ārstu komisijas sniegtā atzinuma datums (dd.mm.gggg) | .. | | | |
| 9. Ārstniecības iestādes vadītājs | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (vārds, uzvārds, paraksts\*) | | | |
|  | Z.v.\* | | | |
| 10. Datums (dd.mm.gggg)\* | .. | | | |

Piezīme. \* Dokumenta rekvizītus „paraksts”, „Z.v.” (zīmoga vieta) un „datums” neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

Veselības ministrs G.Belēvičs

21.11.2014. 11:11

144

I.Bradovska

67876096, Irita.Bradovska@vm.gov.lv