1.pielikums

 Ministru kabineta

\_\_\_\_.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”, ”zīmoga vieta” un ”datums” neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

Veselības ministre Anda Čakša

Iesniedzējs: Veselības ministre Anda Čakša

Vīza: Valsts sekretārs Kārlis Ketners