PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos

Ministro 2001 m. lapkričio 9 d.

įsakymu Nr. 583

forma Nr. 025-025-1/a

**PRAŠYMAS**

**GYDYTIS PASIRINKTOJE PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE**

Aš ,

(vardas, pavardė)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

asmens kodas

gyvenantis ,

 (adresas)

prašau mane įrašyti į VšĮ Kretingos pirminės sveikatos priežiūros centro aptarnaujamų

asmenų sąrašus, pas gydytoją

(vardas) (pavardė)

Data

Asmens (globėjo) parašas

**Pildoma tik prireikus**

Sutinku, kad gydytoją man paskirtų PASPĮ administracija

Asmens (globėjo) parašas

*Pildo įstaigos personalas*

Įstaigos ID kodas

Gydytojo ID kodas

Prašymas registruotas įstaigoje

 registracijos Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_

(data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

 (pareigos) (parašas) (vardas, pavardė)