

## PRAŠYMAS

### GYDYTIS PASIRINKTOJE PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE

Aš, \_\_\_\_\_ ,  
(vardas, pavardė)

asmens kodas 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

gyvenantis \_\_\_\_\_ , Tel. \_\_\_\_\_ ,  
(adresas)

prašau mane įrašyti į **UAB „Karoliniškių šeimos klinikos“**  
(įstaigos pavadinimas)

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 **6553**

Gydytojo ID kodas \_\_\_\_\_

Prašymas registruotas įstaigoje \_\_\_\_\_ registracijos Nr. \_\_\_\_\_  
(data)

(pareigos)

(parašas)

(vardas, pavardė)



-----  
Prašome užpildyti žemiau pateiktą formą. (Ši informacija bus naudojama tiesioginės rinkodaros tikslu)

Vardas, pavardė \_\_\_\_\_

Gimimo data \_\_\_\_\_ Adresas \_\_\_\_\_

El. paštas \_\_\_\_\_ Mob. tel. \_\_\_\_\_

Sutinku, kad UAB „Karoliniškių šeimos klinika“ naudotų mano asmens duomenis tiesioginės rinkodaros tikslu. UAB „Karoliniškių šeimos klinika“ įsipareigoja neskelbti tretiesiems asmenims jūsų pateiktą informaciją.

Parašas \_\_\_\_\_