



**SUTINKU**, kad prašyme pateikti mano asmens duomenys būtų naudojami kompensuojant mano išlaidas tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai.

Pranešimą apie išlaidų kompensavimą prašau siųsti:

- paštu,  
 elektroniniu paštu.

\_\_\_\_\_  
(Prašymą teikiančio asmens parašas)

\_\_\_\_\_  
(Prašymą teikiančio asmens vardas ir pavardė)

**PRIDEDAMA:**

1. finansinių dokumentų originalai \_\_\_\_\_;  
(Nurodomas pridedamų dokumentų kiekis – žodžiais, bendras lapų kiekis – skaičiais)

2. medicinos dokumentai arba jų kopijos \_\_\_\_\_;  
(Nurodomas pridedamų dokumentų lapų skaičius)

3. kiti dokumentai \_\_\_\_\_.  
(Nurodomas pridedamų dokumentų lapų skaičius)

**PILDO ASMUI, KURIAM GYDYMO VALSTYBĖJE BUVO SUTEIKTOS PASLAUGOS\* IR (AR) IŠDUOTI VAISTAI, IR (AR) MPP\*\*, ARBA JO ATSTOVAS\*\*\*:**

**PATVIRTINU**, kad \_\_\_\_\_ sumokėjo už man (mano  
(Asmens vardas ir pavardė)  
atstovaujama asmeniui) suteiktas paslaugas ir (ar) išduotus vaistus, ir (ar) MPP.

**SUTINKU**, kad prašyme pateikti mano (mano atstovaujamo asmens) asmens duomenys ir ypatingi asmens duomenys būtų naudojami kompensuojant asmens, sumokėjusio už gydymo valstybėje man suteiktas paslaugas ir (ar) išduotus vaistus, ir (ar) MPP.

\_\_\_\_\_  
(Asmens, kuriam gydymo valstybėje buvo suteiktos paslaugos ir (ar) išduoti vaistai, ir (ar) MPP, arba jo atstovo parašas)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Asmens, kuriam gydymo valstybėje buvo suteiktos paslaugos ir (ar) išduoti vaistai, ir (ar) MPP, arba jo atstovo vardas ir pavardė)

**PAAIŠKINIMAI:**

\* paslaugos – asmens sveikatos priežiūros paslaugos;

\*\* MPP – medicinos prietaisas ar medicinos pagalbos priemonė;

\*\*\* pildoma tuo atveju, jei gydymo valstybėje paslaugos buvo suteiktos ir (ar) vaistai, ir (ar) MPP buvo išduoti kitam (ne prašymą pildančiam) asmeniui ir prašymą užpildęs asmuo nėra apdrausto asmens, kuriam buvo suteiktos šios paslaugos ir (ar) išduoti vaistai, ir (ar) MPP, atstovas