
(Vardas, pavardė)

(Asmens kodas, adresas, kuriuo pageidaujama gauti pranešimą apie dantų protezavimo išlaidų kompensavimą, telefonas)

teritorinei ligonių kasai
(Teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

PRAŠYMAS KOMPENSUOTI DANTŲ PROTEZAVIMO IŠLAIDAS

20____-____-____

Prašau kompensuoti dantų protezavimo paslaugų išlaidas.

Taip pat prašau laikyti negaliojančiu prašyme įrašyti į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašus išreikštą mano sutikimą dėl man priklausančios kompensacijos už suteiktas dantų protezavimo paslaugas pervedimo į asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąskaitą.

Paslaugas 20____ m. _____ d. suteikė _____
(Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

Kompensaciją prašau pervesti į (fizinio arba juridinio asmens, į kurio sąskaitą prašoma pervesti kompensaciją, duomenys):

_____, _____,
(Vardas, pavardė) (Asmens kodas)

_____, _____,
(Adresas) (Telefono Nr.)

(Banko sąskaitos Nr. (ne indėlio), banko pavadinimas ir kodas)

_____, _____,
(Juridinio asmens pavadinimas) (Kodas)

_____, _____,
(Adresas) (Telefono Nr.)

(Sąskaitos Nr. (ne indėlio), banko pavadinimas ir kodas)

Su Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi). Man išaiškinta, kad dantų protezavimo paslaugų išlaidos bus kompensuojamos pagal faktines išlaidas, neviršijant nustatyto bazinio dydžio – _____ balų.
(įrašoma suma, kuri bus kompensuota)

PRIDEDAMA:

1. Pranešimas apie asmens įtraukimą į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą.
2. Sąskaita faktūra, serija _____ Nr. _____, _____ lapas (-ai).
3. _____.

(Gali būti nurodomas ir kitas mokėjimą patvirtinantis dokumentas)

(Parašas)