
(Asmens vardas, pavardė)

(Asmens prašyme nurodytas adresas, kuriuo jis pageidauja gauti pranešimą)

(Teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) pavadinimas)

PRAŠYMAS SUSTABDYTI DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ TEIKIMĄ

_____ Nr. _____
(Data) (Registracijos Nr.)

_____ gavau _____ teritorinės
(Data) (Teritorinės ligonių kasos pavadinimas)
ligonių kasos (toliau – TLK) pranešimą apie galimybę gauti dantų protezavimo paslaugą,
kompensuojamą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis. Dėl
_____ negaliu pradėti / tęsti dantų protezavimo.

(Nurodyti priežastį)

Prašau atidėti dantų protezavimą iki _____
(Data)

Parašas

Vardas, pavardė
