

Kompensuojamųjų vaistų pasų ir sveikatos  
priežiūros specialisto tapatybę patvirtinančių  
lipdukų išdavimo ir sunaikinimo  
tvarkos aprašo  
1 priedas

**(Kompensuojamųjų vaistų paso titulinio puslapio lipduko blankų, receptų knygelių ir  
sveikatos priežiūros specialisto tapatybę patvirtinančio lipduko blankų paraiškos forma)**

*(Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, adresas, kodas Juridinių asmenų registre,  
identifikavimo kodas informacinėje sistemoje „Sveidra“)*

\_\_\_\_\_ teritorinės ligonių kasos direktoriui

**KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ PASO TITULINIO PUSLAPIO LIPDUKO BLANKŲ,  
RECEPTŲ KNYGELIŲ IR SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTO TAPATYBĘ  
PATVIRTINANČIO LIPDUKO BLANKŲ PARAIŠKA**

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

*(Data)*

\_\_\_\_\_ *(Sudarymo vieta)*

| Dokumento blanko pavadinimas                                                                                                                                                                                | Likutis paraiškos pateikimo<br>dieną (vnt.) | Reikiamas kiekis (vnt.) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|
| Kompensuojamųjų vaistų paso<br>titulinio puslapio lipduko blankas                                                                                                                                           |                                             |                         |
| Receptų knygelė                                                                                                                                                                                             |                                             |                         |
| Sveikatos priežiūros specialisto<br>tapatybę patvirtinantis lipdukas<br>(gamintojas lipdukų blankus<br>suklijuoja po 40 vnt. viename lape,<br>todėl užsakomų lipdukų blankų<br>skaičius turi dalytis iš 40) |                                             |                         |

\_\_\_\_\_  
*(Asmens sveikatos priežiūros įstaigos  
vadovo ar jo įgalioto asmens pareigos)*

\_\_\_\_\_  
*(Parašas)*

\_\_\_\_\_  
*(Vardas, pavardė)*