

**** Pildoma tuo atveju, jei prašymą teikiantis asmuo neturi asmeninės sąskaitos Lietuvos Respublikoje veikiančiuose bankuose.**

3. Gyvenamosios vietos adresas:

3.1	šalis	
3.2	savivaldybė	
3.3	miestas / kaimas	
3.4	gatvė	
3.5	namo Nr.	
3.6	buto Nr.	
3.7	pašto kodas	

4. Kontaktiniai duomenys:

4.1	telefonas	
4.2	elektroninis paštas	

5. Būtinąją medicinos pagalbą Europos Sąjungos šalyje gavusio Lietuvos Respublikos apdrausitojo nepilnamečio šeimos nario / globotinio / atstovaujamo asmens duomenys:

5.1	vardas (-ai)	
5.2	pavardė (-ės)	
5.3	asmens kodas	
5.4	gimimo data	

ESU INFORMUOTAS, kad prašyme pateikti mano ar mano nepilnamečio šeimos nario / globotinio / atstovaujamo asmens duomenys būtų naudojami kompensuojant išlaidas būtinajai medicinos pagalbai, vadovaujantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento nustatyta tvarka.***

PRAŠAU SIŪSTI pranešimą apie išlaidų kompensavimą (pažymėti vieną variantą):

- ☐ paštu;
- ☐ elektroniniu paštu.

(Prašymą teikiančio asmens vardas, pavardė, parašas)

Priededama:

1. Finansiniai dokumentai: _____.
(finansinių dokumentų skaičius nurodomas žodžiais, bendras lapų skaičius – skaitmenimis)
2. Kiti dokumentai: _____.
(nurodomas pridedamų dokumentų lapų skaičius)

PATVIRTINU, kad pažyma apie priimtus dokumentus gavau**:**

(Pareiškėjo parašas)

(Vardas, pavardė)

(Data)

*** Vadovaujantis 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamento (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46EB (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas) 6 straipsnio 2 dalies c punktu, 9 straipsnio 2 dalies b punktu bei Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 4 straipsnio 2 ir 3 punktais.

**** Pildoma tik tuo atveju, jei prašymas teikiamas asmeniškai, atvykus į teritorinę ligonių kasą.

