

(Prašymo kompensuoti dantų protezavimo išlaidas forma)

(Dokumento gavimo registracijos žyma)

(Vardas, pavardė)

(Asmens kodas, adresas – gyvenamosios vietos arba elektroninio pašto, 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.
Paslaugas 20 ____ m. _____ d. suteikė _____.
(asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

Kompensaciją prašau pervesti (fizinio arba juridinio asmens, į kurio sąskaitą prašoma pervesti kompensaciją,
duomenys): _____,
(vardas, pavardė / juridinio asmens pavadinimas) (adresas)

(telefono Nr.) (banko 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 bus kompensuojamos tik faktinės dantų protezavimo paslaugų išlaidos, neviršijant pirmiau minėtos tvarkos aprašo 8 punkte nustatyto bazinio dydžio, t. y. _____ balų.
(nurodoma kompensacijos suma balais)

PRIDEDAMA:

1. Sąskaita faktūra, serija _____ Nr. _____, _____ lapas (-ai).

2. _____
(gali būti nurodomas ir kitas mokėjimą patvirtinantis dokumentas)

3. Asmens, kuriam bus pervedama kompensacija, raštiškas sutikimas (pateikiama tik tuomet, kai asmuo, pageidauja, kad jam skirta kompensacija būtų pervesta į kito asmens banko sąskaitą).

(Parašas)