

**Valstybinei ligonių kasai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos**

Vardas (-ai)	
Pavardė (-ės)	
Asmens kodas	
Draudžiamąjį identifikacinis kodas	
Adresas (pildoma, jei atsakymą pageidaujama gauti paštu)	
Elektroninio pašto adresas (pildoma, jei atsakymą pageidaujama gauti elektroniniu paštu)	
Telefono numeris ar kita kontaktinė informacija	

**PRAŠYMAS
PATIKSLINTI DRAUDŽIAMŲJŲ PRIVALOMUOJU SVEIKATOS DRAUDIMU
REGISTRO DUOMENIS**

2 0 - - -

1. Vadovaudamasis Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro duomenų tvarkymo tvarkos aprašu, prašau (*pažymėti tinkamą*):

1.1. **patikslinti** Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro duomenis ir pateikiu dokumentą su atitinkamais duomenimis (*pateikti susijusią informaciją ir nurodyti, koks dokumentas pridedamas*):

.....
.....
.....
.....

1.2. **nutraukti** nuo (*nurodyti datą*) _____ laikotarpį, kuriuo esu draudžiamas privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis kaip auginantis vaiką (vaikus) arba kaip slaugantis vaiką (vaikus).

2. Esu informuotas, kad mano asmens duomenys bus tvarkomi vadovaujantis Reglamento [\(ES\) 2016/679](#) 6 straipsnio 1 dalies c punktu ir tik privalomojo sveikatos draudimo vykdymo tikslais.

3. Atsakymą į prašymą prašau pateikti (*pažymėti atitinkamą langelį*):

3.1. oficialiu raštu nurodytu pašto ar elektroninio pašto adresu;

3.2. nurodytu elektroninio pašto adresu;

3.3. kitu būdu (*nurodykite, kaip atsiimsite atsakymą*) _____;

3.4. rašytinio atsakymo nepageidauju.

4. PRIDEDAMA (*nurodykite pridedamo dokumento lapų skaičių*): _____ .

Vardas ir pavardė, parašas