

3. Asmens, į kurio banko sąskaitą prašoma pervesti kompensaciją, duomenys (pildoma tuo atveju, jei apdraustasis (jo atstovas) pageidauja, kad kompensacija būtų pervesta į kito asmens

3.1	vardas (-ai)												
3.2	pavardė (-ės)												
3.3	asmens kodas	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
3.4	gimimo data												

4.1	banko pavadinimas	
4.2	asmeninės sąskaitos Nr.	
4.3	BIC kodas	
4.4	IBAN kodas	

5.1	šalis	
5.2	savivaldybė	
5.3	miestas / kaimas	
5.4	gatvė	
5.5	namo Nr.	
5.6	buto Nr.	
5.7	pašto kodas	
5.8	telefono ryšio numeris	
5.9	elektroninio pašto adresas	

(Prašymą teikiančio asmens vardas ir pavardė, parašas)

- ☐ paštu;
- ☐ elektroniniu paštu.

(Prašymą teikiančio asmens vardas ir pavardė, parašas)

Priedama:

1. finansiniai dokumentai: _____.
(finansinių dokumentų skaičius nurodomas žodžiais, bendras lapų skaičius – skaitmenimis)
2. kiti dokumentai: _____.
(nurodomas priedamų dokumentų lapų skaičius)

PATVIRTINU, kad Asmens išlaidų būtinajai medicinos pagalbai, suteiktai kitoje Europos Sąjungos šalyje, kompensavimo tvarkos atmintinę gavau (pildoma tuo atveju, jei prašymas teikiamas atvykus į Valstybinę ligonių kasą prie Sveikatos apsaugos ministerijos):

(Pareiškėjo parašas)

(Vardas ir pavardė)

(Data)
