

**Valstybinei ligonių kasai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos**

Vardas (-ai)	
Pavardė (-ės)	
Asmens kodas	
Draudžiamąjo 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**

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 informaciją ir nurodyti, koks dokumentas pridedamas)*:

.....

.....

.....

.....

☐ 1.2. **nutraukti** nuo *(nurodyti datą)* laikotarpį, kuriuo esu (buvau) draudžiamas privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis.

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
