_____

Įstaiga, kuriai teikiamas prašymas

Vardas (-ai)											
Pavardė (-ės)											
Asmens kodas											
Draudžiamojo identifikacinis kodas											
Adresas (pildomas, jei atsakymą pageidaujama gauti paštu)											
El. pašto adresas (pildomas, jei atsakymą pageidaujama gauti el. paštu)											
Kita kontaktinė informacija (telefono numeris arba prireikus kitų elektroninių ryšių priemonių nuorodos ir (ar) numeriai)											

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 mano privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis laikotarpio galiojimą, anksčiau patvirtinto kaip auginančiam vaiką (vaikus) nuo (*nurodyti datą*) _____;

☐ 1.3. kita (*pateikti informaciją ir nurodyti, koks dokumentas pridedamas*) _____

_____

_____

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[1].

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

☐ 3.1. oficialiu raštu nurodytu pašto adresu;

☐ 3.2. nurodytu el. pašto adresu;

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

☐ 3.4. rašytinio atsakymo nepageidauju.

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

Vardas, pavardė, parašas

[1] Informacija apie duomenų subjekto teisių įgyvendinimą: https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/asmens-duomenu-apsauga