

2. Patvirtinu, kad nedirbu ir (arba) nesu apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu kitoje Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyje ir Šveicarijos Konfederacijoje.

3. Pareiškiu, kad visi mano pateikti duomenys yra teisingi. Žinau, kad dėl melagingų duomenų mano prašymas būtų atmestas arba **jau nustatytas mano privalomojo sveikatos draudimo galiojimo laikotarpis būtų panaikintas, išieškant žalą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui.**

4. 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 tikslais¹.

5. Pasižadu, kad dėl pasikeitusių šiame prašyme nurodytų duomenų **nedelsiant informuosiu ligonių kasą.**

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

6.1. oficialiu raštu nurodytu pašto adresu;

6.2. nurodytu el. pašto adresu;

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

6.4. rašytinio atsakymo nepageidauju.

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

Vardas, pavardė, parašas

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