

SIA "VASU"
Valdes priekšsēdētājam
Aleksandram Kuharjonokam

VĀRDS, UZVĀRDS _____

(PERS.KODS) _____

TĀLRUNIS _____

E-PASTS _____

20 __. GADA __. _____

apliecinājums

Apliecinu, ka norādītā informācija ir precīza un patiesa un ar mani var sazināties pēc norādītās kontaktinformācijas.

Saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likuma 11.panta 1.punktu piekrītu, ka mani dati par veselības stāvokli (neauglību) tiek apstrādāti.

Apzinos, ka saskaņā ar Fizisko personu datu aizsardzības likuma 2.panta 4.punktu: „Personas datu apstrāde – jebkuras ar personas datiem veiktas darbības, ieskaitot datu vākšanu, reģistrēšanu, ievadīšanu, glabāšanu, sakārtošanu, pārveidošanu, izmantošanu, nodošanu, pārraidīšanu un izpaušanu, bloķēšanu vai dzēšanu”.

Piekrītu, ka minētie dati tiks nodoti un apstrādāti „Vadības informācijas sistēmā”, kuras pārzinis ir Latvijas Republikas Veselības ministrijas Nacionālais veselības dienests, ar mērķi nodrošināt valsts vienotu informācijas ieguvu par personām, kurām nepieciešama valsts atbalsta programmas neauglības ārstēšanai.

Ar savu parakstu, es apliecinu, ka pēc 2016.gada 1.janvāra no valsts budžeta līdzekļiem man nebija apmaksātas divas neveiksmīgas medicīniskās apaugļošanas procedūras.

Apzinos un piekrītu tam, ka uzaicinājums medicīniskās apaugļošanas pakalpojumu saņemšanai tiks nosūtīts uz norādīto e-pasta adresi.

Ar SIA “VASU” Valsts apmaksātās medicīniskās apaugļošanas procedūras rindas reģistra veidošanas kārtību ESMU IEPAZINUSIES (-IES) UN TO PILNĪBĀ IZPRATUSI (-S).

PARAKSTS: _____