

Nodrošinājuma pavēlniecības komandierim

_____ vienība

_____ dienesta pakāpe, vārds, uzvārds

_____ personas kods

_____ tālruņa nr.

IESNIEGUMS

Lūdzu man atlīdzināt Ls _____ apmērā par veselības aprūpes pakalpojumiem¹ samaksātos personiskos finanšu līdzekļus, pārskaitot naudu uz kredītiestādes kontu.

Bankas nosaukums: _____

SWIFT kods: _____

Konta Nr.: _____

Pielikumā: Izdevumus apliecinošs dokuments (oriģināls).

_____ datums

_____ paraksts

_____ NBS ārstniecības iestādes ārstniecības persona

_____ SASKAŅOTS

_____ datums

_____ dienesta pakāpe, vārds, uzvārds

_____ paraksts

_____ ¹ Izrakstu no ārstniecības iestādes un / vai citus veselības aprūpes pakalpojumus apliecinošos dokumentus (oriģinālus) iesniedz NBS ārstniecības iestādes ārstniecības personai.