

PATVIRTINTA
VšĮ Utenos pirminės sveikatos priežiūros
centro direktoriaus 2023 m. vasario 8 d.
įsakymu Nr. D-10
3 priedas

**PRAŠYMAS
LEISTI GYDYTIS PAS KITĄ PASIRINKTOS PIRMINĖS AMBULATORINĖS
ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS AR PSICHIKOS SVEIKATOS
CENTRO GYDYTOJĄ**

Aš, _____ ,
(vardas, pavardė)

asmens kodas ,

gyvenantis _____ ,
(adresas)

prašau leisti pasirinkti kitą gydytoją. Pasirenkamo gydytojo

_____ .
(vardas) (pavardė) (specialybė)

_____ .
(Data)
Pildo įstaigos personalas

Gydytojo ID _____

Registruota įstaigoje

_____ Nr. _____
(Data)

Atsakingas įstaigos darbuotojas

_____ (Pareigos) _____ (Parašas) _____ (Vardas, pavardė)