**Zāļu valsts aģentūrai**

Oficiālā elektroniskās adrese: [default@90001836181](https://latvija.lv/lv/Eaddress/write?address=_default@90001836181)

E-pasta adrese: [info@zva.gov.lv](mailto:info@zva.gov.lv)

Pasta adrese: Jersiskas ielā 15, Rīgā, LV-1003

**Kompensācijas prasījuma iesniegums**

|  |
| --- |
| Lūdzu, ievadiet tekstu. |

(vārds, uzvārds)

|  |
| --- |
| XXXXXX-XXXXX |

(personas kods)

|  |
| --- |
| Lūdzu, ievadiet tekstu. |

(dzīvesvietas adrese)

|  |
| --- |
| Lūdzu, ievadiet tekstu. |

(kontakttālrunis, e-pasts)

Lūdzu izmaksāt man kompensāciju par smagu vai vidēji smagu kaitējumu veselībai vai dzīvībai, kas apstiprināto vakcīnas pret Covid-19 infekciju blakusparādību dēļ radies pacientam

|  |
| --- |
| Lūdzu, ievadiet tekstu. |

(pacienta vārds, uzvārds, personas kods)

Sniedzu šādas ziņas:

|  |  |
| --- | --- |
| Vakcinācijas datums un vieta | 20\_\_.gada \_\_.\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Pacienta ģimenes ārsts | Lūdzu, ievadiet tekstu. |
| Pacienta ārstējošais ārsts | Lūdzu, ievadiet tekstu. |

 Ārstniecības persona, kura sniedza ziņojumu par konstatēto iespējamo blakusparādību:

|  |  |
| --- | --- |
| Specialitāte | Lūdzu, ievadiet tekstu. |
| vārds, uzvārds | Lūdzu, ievadiet tekstu. |
| ārstniecības iestāde | Lūdzu, ievadiet tekstu. |

Ārstēšanās periods saistībā ar vakcīnas pret Covid-19 infekciju izraisītu blakusparādību:

|  |
| --- |
| no 2022.gada \_\_.\_\_\_\_\_ līdz 20\_\_.gada \_\_.\_\_\_\_\_\_ |

Situācijas apraksts un papildu informācija, kas apliecina pacientam nodarīto kaitējumu veselībai vai dzīvībai:

|  |
| --- |
| Lūdzu, ievadiet tekstu. |

Aprēķināto kompensāciju lūdzu ieskaitīt:

|  |  |
| --- | --- |
| norēķinu iestādes nosaukums | Lūdzu, ievadiet tekstu. |
| bankas kods: | Lūdzu, ievadiet tekstu. |
| konta numurs: | Lūdzu, ievadiet tekstu. |
| vārds, uzvārds un personas kods, uz kura vārda atvērts norēķinu konts | Lūdzu, ievadiet tekstu. |

Kompensācijas prasījuma iesniegumam pievienoti šādi dokumenti:

|  |
| --- |
| 1. .. 2. .. 3. .. 4. .. 5. .. 6. .. |

1. Apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa un pilnīga, un apņemos septiņu dienu laikā pēc tam, kad būšu uzzinājis(-usi) par izmaiņām kompensācijas prasījuma iesniegumā minētajās ziņās, paziņot par tām Zāļu valsts aģentūrai.

2. Esmu informēts(-a), ka valsts piedzīs izmaksāto kompensāciju, ja apzināti sniegtas nepatiesas ziņas, lai saņemtu atlīdzību.

3. Esmu informēts(-a), ka Zāļu valsts aģentūra, izskatot kompensācijas prasījuma iesniegumu, pieprasīs un saņems no manām vai manas pārstāvamās personas ārstniecības personām un/vai ārstniecības iestādēm pacienta medicīniskos dokumentus, kā arī nosūtīs manus vai manas pārstāvamās personas medicīniskos dokumentus trešajām personām (ārstiem speciālistiem) saskaņā ar Vispārīgās datu regulas 6. panta 1. punkta "e" apakšpunktu un 9. panta 2. punkta "h" apakšpunktu.

4. Kompensāciju par kompensācijas prasījuma iesniegumā minēto ārstniecību civilprocesa ietvaros neesmu saņēmis(-usi). Ja šajā punktā minētā informācija mainīsies, apņemos septiņu dienu laikā par to informēt Zāļu valsts aģentūru.

Lēmumu piekrītu saņemt\*:

uz šajā kompensācijas prasījuma iesniegumā norādīto e-pasta adresi

nosūtītu pa pastu uz šajā kompensācijas prasījuma iesniegumā norādīto pasta adresi

Datums\*\*

|  |  |
| --- | --- |
| Lūdzu, ievadiet datumu. | Lūdzu, ievadiet tekstu. |
|  | (vārds, uzvārds, paraksts) |

Piezīmes.

1. \* Ja ir aktivizēts oficiālās elektroniskās adreses konts, lēmums tiks nosūtīts uz oficiālo elektronisko adresi.

2. \*\* Dokumenta rekvizītus "datums" un "paraksts" neaizpilda, ja elektroniskais dokuments  sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.