

3. Gyvenamosios vietos adresas:

3.1	šalis	
3.2	savivaldybė	
3.3	miestas / kaimas	
3.4	gatvė	
3.5	namo Nr.	
3.6	buto Nr.	
3.7	pašto kodas	

4. Kontaktiniai duomenys:

4.1	telefonas	
4.2	el. paštas	

5. Būtinąją medicinos pagalbą ES šalyje gavusio Lietuvos Respublikos apdraustojo nepilnamečio**šeimos nario / globotinio duomenys:**

5.1	vardas (-ai)																					
5.2	pavardė (-ės)																					
5.3	asmens kodas	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
5.4	gimimo data																					

SUTINKU, kad prašyme pateikti mano ar mano nepilnamečio šeimos nario / globotinio asmens duomenys būtų naudojami kompensuojant mano išlaidas būtinajai medicinos pagalbai.

PRAŠAU SIŪSTI pranešimą apie išlaidų kompensavimą (pažymėti vieną variantą):

- paštu;
- elektroniniu paštu.

(Prašymą teikiančio asmens vardas, pavardė, parašas)

PRIDEDAMA:

1. Finansinių dokumentų originalai: _____.
(nurodomas finansinių dokumentų kiekis – žodžiais, bendras lapų kiekis – skaičiais)
2. Kiti dokumentai: _____.
(nurodomas pridedamų dokumentų lapų skaičius)