Nodibinājuma „Bērnu slimnīcas fonds”

valdes priekšsēdētājai Lienei Dambiņai

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vārds, uzvārds

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakttālrunis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-pasta adrese

IESNIEGUMS.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iesniegšanas vieta iesniegšanas datums

Es, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( vārds, uzvārds) (personas kods)

apliecinu, ka mans bērns \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds) (personas kods)

ir VSIA "Bērnu klīniskās universitātes slimnīca" \_\_\_\_\_\_\_. nodaļas pacients.

Ārstejošais ārsts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(vārds, uzvārds)

Situācijas apraksts, pamatojums : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Lūdzu pārskaitīt radušos izdevumus : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eiro apmērā sakarā ar mana bērna ārstniecību uz manu konta numuru.

Mans konta Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Esmu informēts(a), ka:

1. Nodibinājums “Bērnu slimnīcas fonds” veic kompensāciju uz vecāka konta numuru pie iesnieguma klāt iesniedzot rēķinu, stingrās uzskaites kvīti vai ar spiedogu apstiprinātu kases čeku, kases čekā jānorāda pacienta vārds, uzvārds un personas kods, medicīniskā pakalpojuma vai preces nosaukums, cena un samaksātā summa.
2. finansiālās palīdzības kopsummai (arī summāri, ja palīdzības tiek saņemta no vairākiem avotiem) sasniedzot 3000,00 EUR kalendārā gada laikā, man rodas saistības veikt likumā “Par iedzīvotāju ienākuma nodokli” noteiktos ienākuma nodokļa maksājumus.
3. iesniegumā minētie mani un mana bērna personas dati tiek apstrādāti ar mērķi izvērtēt un sniegt finansiālu atbalstu, kā arī sazināties atbalsta sniegšanas procesā;
4. personas datu pārzinis ir nodibinājums “Bērnu slimnīcas fonds”, reģ. Nr. 40008057120, Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004, tālr. +37167064475, e-pasts: info@bsf.lv. Ar papildu informāciju par personas datu apstrādi varu iepazīties nodibinājuma “Bērnu slimnīcas fonds” tīmekļa vietnē <https://www.bsf.lv/lv/par-fondu/privatuma-politika>.

*Aizpildīts iesniegums jāsūta elektroniski uz adresi elina@bsf.lv. Mēs ar jums sazināsimies. Pēc tam, kad informācija būs saskaņota, parakstītu iesnieguma oriģinālu un nepieciešamos pavaddokumentus (attaisnojuma dokumentus - rēķinus, lidojuma biļetes, maksājuma uzdevumus u.c.) sūtīt uz Nodibinājumu “Bērnu slimnīcas fonds”, Vienības gatve 45, Rīga, LV 1004.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

paraksts