**Vienošanās par maksājumu grafiku**

**Rēķina Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Rīga, 20\_\_.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VSIA **„Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”**, turpmāk tekstā Slimnīca, kuras vārdā saskaņā ar statūtiem rīkojas valdes pilnvarotāpersona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no vienas puses, un

**Pacienta vārds, uzvārds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**personas kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, turpmāk tekstā Pacients, no otras puses, noslēdz šādu vienošanos:

1. Pacients ir saņēmis veselības aprūpes pakalpojumus Slimnīcā laika posmā no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. līdz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Pacientam par veselības aprūpes pakalpojumiem Slimnīcā \_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_.2015. izrakstīts rēķins **Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_,\_\_\_\_ EUR (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euro, \_\_\_ centi) apmērā. Pacients rēķinu ir saņēmis.
3. Rēķina apmaksu Pacients apņemas veikt šādā kārtībā:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr. | Maksājuma daļa | Datums, līdz kuram veicams maksājums |
| 1. | EUR |  |
| 2. | EUR |  |
| 3. | EUR |  |
| 4. | EUR |  |
| 5. | EUR |  |
| 6. | EUR |  |
| 7. | EUR |  |
| 8. | EUR |  |
| 9. | EUR |  |
| 10. | EUR |  |
| 11. | EUR |  |
| 12. | EUR |  |

1. Pacients var maksājumus veikt lielākā apmērā, kā arī veikt tos pirms noteiktā termiņa.
2. Maksājumus var veikti skaidrā naudā vai ar maksājumu kartēm Slimnīcas kasē, vai ar pārskaitījumu uz Slimnīcas norēķinu kontu bankā. **Veicot maksājumu ir jānorāda rēķina numurs**.
3. Parakstot šo vienošanos Pacients piekrīt, ka, šajā vienošanās ietverto saistību izpildījuma administrēšanai, saņemšanai un piedziņai, Slimnīcai ir tiesības veikt Pacienta personas datu, ieskaitot identifikācijas koda un medicīniskās informācijas, apstrādi. Pacients piekrīt, ka tā saistību pilnīgas vai daļējas neizpildes gadījumā Slimnīcai ir tiesības veikt parāda piedziņu, tai skaitā nodot pacienta datus jebkādā veidā trešajām personām, iekļaut tos datu bāzēs. Izdevumus, kas saistīti ar kavēto maksājumu piedziņu, apņemas apmaksāt Pacients.
4. Šī vienošanās stājas spēkā ar tās abpusējas parakstīšanas brīdi un ir spēkā līdz Pušu saistību pilnīgai izpildei.

| **Slimnīca**  Pilsoņu ielā 13, Rīgā, LV1002  VNR 40003457109  AS „Swedbank”  Kods HABALV22  Konts: LV74 HABA 0551 0276 7336 7  Pilnvarotā persona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Pacients**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Personas kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tālrunis: +\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |