

PATVIRTINTA

VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centro direktoriaus

2014-03-18 įsakymu Nr. 14

VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras

ORIGINALAS NEBUS SIUNČIAMAS

DĖL DUOMENŲ TEIKIMO

Data : 2024-09-04  
Vilnius

Prašome suteikti informaciją, ar pacientas įrašytas į psichikos ir priklausomybės ligų registrą.

Vardas, pavardė, asmens kodas, tel. numeris

Petras Petraitis, 37501220173

Adresas Pažymų g. 4, Vilnius

Nurodyti esamas ir būsimas kategorijas, ar vairuojama su akiniais ir kitus apribojimus

PRIDEDAMA. Raštiško paciento sutikimo dėl šios informacijos suteikimo mūsų įstaigoje kopija.

Prašymą užpildė:

tel. 8 5 260 76 36, el. p. pazymos@asklinika.lt

SUTIKIMAS DĖL INFORMACIJOS APIE ASMENS REGISTRAVIMĄ PSICHIKOS IR  
PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ REGISTRE SUTEIKIMO

Petras Petraitis, 37501220173

(vardas, pavardė, asmens kodas)

Pažymų g. 4, Vilnius

(gyvenamoji vieta)

registruotas [įrašykite savo kliniką, kur esate prisirašę]  
(sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje asmuo prisirašęs)

Sutinku, kad duomenys apie mano įrašymą/neįrašymą psichikos ir priklausomybių ligų įskaitoje būtų suteikti ir perduoti el. paštu VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras atstovaujantiems (-iam)

Duomenys bus tvarkomi pažymos gavimo tikslu ir bus tvarkomi ne ilgiau nei tai būtina nustatytam tikslui įgyvendinti.

Duomenys nebus tvarkomi tiesioginės rinkodaros tikslu.

Petras Petraitis  
(vardas, pavardė, parašas)



2024-09-04  
(data)

ATSAKYMAS

Viešoji įstaiga  
Žalgirio g. 90  
LT-07196 Vilnius  
El. p. pazymos@asklinika.lt

Tel. 8 5 260 76 36  
Mob. Tel. 8 652 11903

Duomenys kaupiami ir saugomi  
Juridinių asmenų registre  
Kodas 125963674