

SIA „Ludzas medicīnas centrs” valdes loceklim _____

(Iesniedzēja vārds, uzvārds/ Uzņēmums)

(dzīvesvietas adrese/ juridiskā adrese)

(tālrunis)

Iesniegums

Sūdzības/ ierosinājuma izklāsts :

Pielikumā:

Atbildi saņemt vēlos

nevēlos

- Piekrītu, ka SIA „Ludzas medicīnas centrs” apstrādā manus datus tādā apjomā, kas nepieciešams Iesnieguma izskatīšanai, un ka SIA „Ludzas medicīnas centram” ir tiesības tos pieprasīt un saņemt no trešajām personām.

(vieta, datums)

(Iesniedzēja paraksts)