
(vardas, pavardė)

a.k. _____, adresas _____ telf.Nr. _____

Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos
Direktoriui

PRAŠYMAS
KOMPENSUOTI DEGUONIES APARATO NUOMOS IŠLAIDAS

(data)

Prašau kompensuoti deguonies aparato nuomos išlaidas. Su Ambulatorinio gydymo deguonies aparatu skyrimo ir šio aparato nuomos išlaidų kompensavimo tvarkos aprašu susipažinau.

(vardas, pavardė)

parašas

Laiduotojo vardas, pavardė, Telf. Nr.
