**Pielikums Nr.2**  **Latvijas Veselības ekonomikas asociācija**

**PIETEIKUMS**

**Ārstniecības iestādes (struktūrvienības) līdzdalībai**

**Latvijas Ārstniecības iestāžu kvalitātes balvas izcīņā**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ārstniecības iestādes nosaukums** |  |
| **Struktūrvienība** |  |
| **Juridiskā adrese** |  |
| **Faktiskā adrese** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ārstniecības iestādes kods** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Līdzdalība izvēlētā nominācijā****(atzīmēt vienu)** | internā profila nodaļa |  |
| ķirurģiskā profila nodaļa |  |
| dzemdību nodaļa |  |
| psihiatriskā profila nodaļa |  |
| veselības centrs |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Darbinieku skaits nominētajā struktūrvienībā:** |  |

*Ārstniecības iestāde ir informēta par Latvijas Ārstniecības iestāžu kvalitātes balvas izcīņā izmantotajiem Veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības novērtēšanas kritērijiem, novērtēšanas metodiku un piekrīt sniegt jebkuru informāciju, kas nepieciešama ārstniecības iestādes vai tās struktūrvienības novērtēšanā, izmantojot minētos kritērijus.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Datums:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ārstniecības iestādes vadītāja paraksts:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Iestādes vadītāja vārds, uzvārds, amats:*** |  |
| ***telefons:*** |  | ***e-pasts:*** |  |
| ***Kontaktpersonas vārds, uzvārds, amats:*** |  |
| ***telefons:*** |  | ***e-pasts:*** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Reģistrācijas******datums*** |  | ***Reģistrācijas Nr.*** |  | ***Protokola Nr.*** |  |

 *  *