**PRAŠYMAS DĖL DUOMENŲ PATEIKIMO**

20.....-…..-….

Šiauliai

Prašome suteikti informaciją, ar klientui pastarųjų 10 metų laikotarpyje buvo teiktos paslaugos psichikos sveikatos centre.

Duomenys reikalingi norint įsigyti/turėti šaunamąjį ginklą.

Vardas, pavardė:

Asmens kodas:

Adresas, telefono numeris:

Prašymą užpildė:

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

**SUTIKIMAS**

**DĖL INFORMACIJOS APIE ASMENS ĮREGISTRAVIMĄ PSICHIKOS IR PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ REGISTRE SUTEIKIMO**

Aš,

(vardas, pavardė, asmens kodas)

(gyvenamoji vieta)

El. paštas: Tel. ,

registruotas:

(gydymo įstaiga, kurioje asmuo prisirašęs)

Sutinku, kad duomenys apie mano **psichikos sveikatos ir priklausomybės ligas** būtų suteikti ir perduoti UAB Šiaulių psichikos sveikatos centrui, skenuoti el. paštu: info@siauliupsc.lt

 (vardas, pavardė, parašas) (data)

Prašymą užpildė:

Tel. +37065580069, el. p. info@siauliupsc.lt