

VAI JŪS ATGRIEŽATIES/ ESAT IERADIES/USIES NO ĀRZEMĒM VAI NO HM FORCES?

JĀ

NĒ

AIZBRAUKŠANAS DATUMS NO AK

IERAŠANĀS/ATGRIEŠANĀS DATUMS AK

JA JŪS ATGRIEŽATIES NO HM FORCES, NORĀDIET
DIENESTA UZSĀKŠANAS DATUMU

DIENESTA/ PERSONĀLA NR.

DEKLARĀCIJA KRĀPNIECĪBAS NOVĒRŠANAI

Es deklarēju, ka informācija, kuru es esmu sniedzis/usi šajā veidlapā, ir pareiza un pilnīga. Es apzinos, ka gadījumā, ja tas tā nav, var tikt ierosinātas attiecīgas procesuālas darbības. Lai dotu iespēju Common Services Agency apstiprināt manas tiesības likumīgi reģistrēties pie GP un noziegumu novēršanas, atklāšanas un izmeklēšanas nolūkos, es piekrītu šīs veidlapas attiecīgās informācijas izpaušanai NHS Business Services Authority, Common Services Agency, UK Border Agency, Identity and Passport Service, Department for Work & Pensions, HM Revenue and Customs, vispārējās reģistrācijas birojam un vietējās pašvaldības iestādēm.

PACIENTA VAI PĀRSTĀVJA PARAKSTS

DATUMS

JA JŪS PARAKSTATĪES KĀ PĀRSTĀVIS, LŪZDU NORĀDIET:

SAVU VĀRDU UN UZVĀRDU

SAVU RADNIECĪBU AR PACIENTU

BRĪVPRĀTĪGA PIEKRIŠANA ORGĀNU TRANSPLANTĀCIJAI

Es atļauju transplantēt (Lūdzu atzīmējiet attiecīgos kvadrātiņus)

A jebkurus manus orgānus un audus

Vai arī manas

B Nieres

Sirdi

Aknas

Tievo zarnu

Acis

Plaušas

Aizkuņģa dziedzeri

Audus

Transplantācijai pēc manas nāves

PACIENTA PARAKSTS

DATUMS

PRAKSES PIEŅEMŠANAS VIENOŠANĀS – tikai GP prakses izmantošanai

PRAKSES KODS

GP VĀRDS

GP ATSAUCES NUMURS

IDENTIFIKĀCIJAI UZRĀDĪTS

MEDICĪNAS KARTE

DZIMŠANAS APLIECĪBA

PASE

CITS – NORĀDIET

Es uzņemu šo pacientu prakses sarakstā un deklarēju, ka, atbilstoši visam man zināmajam, informācija, kuru es esmu sniedzis/usi šajā veidlapā, ir pareiza un pilnīga, un es apzinos, ka gadījumā, ja tas tā nav, var tikt ierosinātas attiecīgas procesuālas darbības pret mani. Es apstiprinu, ka ziņas var tikt pārbaudītas pēc attiecīgiem ierakstiem un ka maksājumi par šī pacienta reģistrāciju tiks pārskaitīti manai praksei, veicot maksājumu verifikāciju. Ja Common Services Agency nespēs veikt autentificēšanu, tad es apstiprinu, ka manas prakses pienākums būs iesniegt dokumentārus pierādījumus šī pieteikuma pamatošanai.

GP PARAKSTS

DATUMS

OFFICIAL USE ONLY

Input by:

Date:

Checked by: