



## AKTS – RĒĶINS

pie Neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukuma kartes Nr. \_\_\_\_\_ -  
par Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta maksas pakalpojuma saņemšanu

(NMPD Reģionālais centrs)

Datums: \_\_\_\_\_ (dd.mm.gggg.)

### Pakalpojuma sniedzējs:

Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests, nodokļu maksātāja reģistrācijas numurs 90009029104, juridiskā adrese Laktas iela 8, Rīga, LV-1013, tā

\_\_\_\_\_ personā, no vienas puses un  
(amats, vārds, uzvārds vai amata spiedogs)

### Pakalpojuma saņēmējs (pacients):

\_\_\_\_\_, personas kods \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, no otras puses  
(vārds, uzvārds)

Pakalpojuma sniegšanas adrese (izsaukuma vieta): \_\_\_\_\_

### sastādīja šo aktu - rēķinu par sekojošo:

1. Saskaņā ar Ministru kabineta 21.11.2018. noteikumiem Nr.712. „Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta sniegto maksas pakalpojumu cenrādīs” Pakalpojuma sniedzējs ir sniedzis un Pakalpojuma saņēmējs ir saņēmis Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta maksas pakalpojumu (-us) (turpmāk tekstā – Maksas pakalpojums).

Pakalpojuma veidu atzīmē ar [X]	Pakalpojuma nosaukums	Cena, EUR
<input type="checkbox"/>	Pacienta transportēšana uz <b>nākamo tuvāko</b> stacionāru, kurā var sniegt atbilstošu neatliekamo medicīnisko palīdzību, pēc pacienta pieprasījuma, ja pacientam nav medicīnisku kontraindikāciju NMP izsaukuma ietvaros ( <b>stacionāra izvēle</b> )	<b>67,21</b>
<input type="checkbox"/>	NMP brigādes izsaukums <b>pie personas, kura nesaņem no valsts budžeta apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus</b> , neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšana	<b>172,19</b>
<input type="checkbox"/>	Pacienta plānveida <b>medicīniskā transportēšana uz</b> .....	
<input type="checkbox"/>	Cits	

Kopējā summa apmaksai, EUR \_\_\_\_\_ (summa cipariem) \_\_\_\_\_ (summa vārdiem)

2. Pakalpojuma saņēmējam/likumīgajam pārstāvim **nav pretenzijas par saņemto Maksas pakalpojuma kvalitāti un apjomu.**

3. Pakalpojumu saņēmējs/likumīgais pārstāvis apliecina, ka, atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem par Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta sniegto maksas pakalpojumu cenrādīm, **apņemas apmaksāt saņemto Maksas pakalpojumu 30 (trīsdesmit) kalendāro dienu laikā pēc akta - rēķina saņemšanas no Pakalpojuma sniedzēja.** Visas papildus izmaksas, kas saistītas ar Maksas pakalpojumu apmaksu, sedz Pakalpojumu saņēmējs/likumīgais pārstāvis.

4. Pakalpojuma saņēmējs/likumīgais pārstāvis un Pakalpojuma sniedzējs ar šo vienojas, ka gadījumā, ja Pakalpojuma saņēmējs/likumīgais pārstāvis nav norēķinājies ar Pakalpojumu sniedzēju par saņemto Maksas pakalpojumu, Pakalpojuma sniedzējs ir **tiesīgs nodot kavēto maksājumu piedziņas tiesības trešajām personām, kas ietver sevī arī Pakalpojuma saņēmēja/likumīgā pārstāvja personas datu apstrādi, vai vērsties vispārējās jurisdikcijas tiesā ar prasības pieteikumu par kavēto maksājumu piedziņu.** Pakalpojuma sniedzējs, **nesaņemot maksājumu pēc noteiktā rēķina apmaksas termiņa beigām** ir tiesīgs informāciju par Pakalpojuma saņēmēju **publiskot Parādnieku datu bāzē** /reģistrā, kam Pakalpojuma saņēmējs/likumīgais pārstāvis piekrist.

5. Ar saviem parakstiem Pakalpojuma sniedzējs un Pakalpojuma saņēmējs/likumīgais pārstāvis apliecina, ka tiem ir zināms un izprotams šī akta - rēķina saturs, nozīme un sekas.

6. Rekvizīti maksājuma veikšanai:

Saņēmējs: Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests, Reģ.Nr.90009029104

Banka: Valsts kase, kods TREL22XXX, konts (IBAN) LV86TREL2290649007000

**Maksājuma mērķi norādīt AKTA-RĒĶINA numuru, pakalpojuma saņemšanas datumu, pakalpojuma saņēmēja (pacienta) vārdu un uzvārdu** (piem.: Nr.20230102-0342; 02.01.2023.; Jānis Zāle).

7. Akts - rēķins sastādīts uz 1 (vienas) lapas 2 (divos) eksemplāros: 1.(pirmais) - pakalpojuma saņēmējam, 2.(otrais) - pakalpojuma sniedzējam.

8. Informācijai par rēķina pamatotības un apmaksas jautājumiem sazināties NMP dienesta Medicīnisko maksas pakalpojumu nodaļu tel.67337022, [mmp@nmpd.gov.lv](mailto:mmp@nmpd.gov.lv). Rakstveida pretenzijas par izrakstīto aktu-rēķinu NMP dienesta Medicīnisko maksas pakalpojumu nodaļā (Laktas ielā 8, Rīgā, LV 1013) var iesniegt 30 (trīsdesmit) dienu laikā no tā izrakstīšanas dienas.

Pakalpojuma sniedzējs:	Pakalpojuma saņēmējs/likumīgais pārstāvis (māte, tēvs, meita, dēls, māsa, brālis u.c.):
_____ (Paraksts) / _____ (Paraksta atšifrējums/ spiedogs)	_____ (Paraksts) / _____ (Paraksta atšifrējums)
	Personas kods / / / / / / / / - / / / / / / / /
	Dzīvesvietas adrese: _____, LV- / / / / / /
	Tālrunis: _____ e-pasts _____

Rēķina tulkojums angļu un krievu valodās skatāms lapas otrā pusē. **The translation of the invoice in English and in Russian is indicated on the other side of the page. Перевод счета на русский и на английский язык указан на обратной стороне страницы.**

**IN ENGLISH: Statement- invoice for the receipt of medical service for fee of State Emergency medical service**

Date and provider (Regional Center) of the service: */as written/* Provider - State Emergency Medical Service, taxpayer registration number 90009029104, address Laktas Street 8, Riga, LV-1013, in person of Doctor or Doctor's assistant */as written/* on the one hand and (position, name, surname or official stamp) Recipient of the service (patient) */as written/*, personal identification code */as written/* on the other hand (name and surname) Address for provision of the service (place of call out): */as written/* drew up this **Statement- invoice** for the following:

1. In accordance with the Regulations of the Cabinet of Ministers 21.11.2018. No. 712. "Price list of services provided by the Emergency Medical Service" The Service Provider has provided and the Service Recipient has received the Medical Service for fee (hereinafter - the Service for fee).

*/In the table/* - the type of service is marked with [X] Name of the service Price, EUR • Transportation of the patient to the next nearest hospital, where appropriate emergency medical care can be provided, at the request of the patient, if the patient has no medical contraindications within the EMS call (hospital choice) - EUR 67,21 • **Call of the EMS brigade to a person who does not receive health care services paid from the state budget, provision of emergency medical care - EUR 172,19** • Scheduled medical transportation of the patient to */as written/*; Other • Total amount to be paid */as written/* (sum in figures) (sum in words in Latvian).

2. The Service Recipient / Legal Representative has no complaints regarding the quality and quantity of the Services received.

3. **The Service Recipient / legal representative confirms that, in accordance with the regulations of the Cabinet of Ministers on the price list of services provided by the Emergency Medical Service, undertakes to pay for the received Service for fee within 30 (thirty) calendar days after receiving the invoice from the Service Provider.** All additional costs related to the payment for the Services shall be borne by the Recipient / Legal Representative.

4. The Service Recipient / Legal Representative and the Service Provider hereby agree that in case the Service Recipient / Legal Representative has not settled with the Service Provider for the received Service, the Service Provider is entitled to transfer the right to recover overdue payments to third parties, process of the personal data of the recipient / legal representative, or to apply to a court of general jurisdiction for recovery of late payments. The Service Provider, without receiving the payment after the expiration of the specified invoice payment term, is entitled to publish the information about the Service Recipient in the Debtors' database / register, to which the Service Recipient / legal representative agrees.

5. By their signatures, the Service Provider and the Service Recipient / Legal Representative certify that they know and understand the content, meaning and consequences of this act - the invoice.

6. **Details for the payment: Emergency Medical Service, Reg. No.90009029104 Bank: Valsts kase (The State Treasury), code TREL22XXX, account (IBAN) LV86TREL2290649007000. In the purpose of payment indicate the Statement- Invoice number, the date of receipt of the service, the name and surname of the service recipient (the patient) (e.g.: No.20230102-0342; 02.01.2023; Janis Zale).** In case the payment for services is made by transfer from residence country of the recipient of the services (any currency), please, use exchanging rates of [www.bank.lv](http://www.bank.lv) on date when transfer to SEMS bank account is going to be done.

7. The invoice is drawn up on 1 (one) page in 2 (two) copies: 1. (first) - for the recipient of the service, 2. (second) - for the service provider.

8. **For information on issues of justification and payment of the invoice, please contact the Department of Medical Services Division of the EMS Service phone 0037167337022, [mmp@nmpd.gov.lv](mailto:mmp@nmpd.gov.lv). Written claims regarding the issued invoice may be submitted to the Department of Medical Services of the EMS Service (Laktas Street 8, Riga, LV 1013) within 30 (thirty) days from the date of its issuance.**

*/In the table/* The Service provider / Recipient of the service / legal representative (mother, father, daughter, son, sister, brother, etc.): Signature, (Signature transcript / stamp) Personal code; Place of residence; Phone; Email */as written/*.

**НА РУССКОМ: счет-фактура за получение медицинской услуги Службы Государственной Неотложной медицинской помощи**

Дата и поставщик услуги - региональный центр */как указано/* Поставщика - Служба Неотложной медицинской помощи, регистрационный номер налогоплательщика 90009029104, адрес ул. Лактас 8, Рига, LV-1013, в лице врача или ассистента врача */как указано - должность, имя, фамилия или официальный штамп/* с одной стороны и Получатель услуги (пациент - имя и фамилия) */как указано/* личный идентификационный код */как указано/* с другой стороны. Адрес предоставления услуги (место вызова): */ как написано /* выписал настоящий Акт-счет-фактуру на следующее:

1. В соответствии с к Правилам Кабинета Министров от 21.11.2018г. № 712. «Прейскурант платных услуг, оказываемых Службой неотложной медицинской помощи» Поставщик услуг оказал, а Получатель услуги получил платную услугу Неотложной медицинской помощи (далее - платная услуга). */В таблице/* Тип услуги отмечен "X" Название услуги Цена, евро • Транспортировка пациента в ближайшую больницу, где может быть оказана соответствующая неотложная медицинская помощь, по желанию пациента, если у пациента нет медицинских противопоказания при вызове скорой помощи (выбор больницы) - 67,21 • **Вызов бригады скорой помощи лицу, не получающему медицинские услуги, оплачиваемые из государственного бюджета, оказание неотложной медицинской помощи - EUR 172,19** • Плановая медицинская транспортировка пациента */как указано/*; Другое • Общая сумма к оплате */как указано/* (сумма цифрами) (сумма прописью на латышском)

2. Получатель услуги / законный представитель не имеет никаких претензий относительно качества и объема полученной услуги.

3. **Получатель Услуги / законный представитель подтверждает, что в соответствии с постановлением Кабинета Министров о прејскуранте услуг, оказываемых Службой скорой медицинской помощи, обязуется оплатить полученную Платную услугу в течение 30 (тридцати) календарных дней после получение счета от Поставщика услуг.** Все дополнительные расходы, связанные с оплатой Платных услуг, несет Получатель / Законный представитель.

4. Получатель услуги / законный представитель и Поставщик услуг настоящим соглашаются, что в случае, если Получатель услуги / законный представитель не рассчитался с Поставщиком услуг за полученную услугу, не оплатил выставленный счет, Поставщик услуг имеет право передать право на взыскание просроченных платежей третьим лицам, обработке личных данных получателя / законного представителя или обратиться в суд общей юрисдикции для взыскания просроченных платежей. Поставщик услуг, не получив платеж после истечения указанного срока оплаты счета, имеет право опубликовать информацию о Получателе услуги в базе / реестре Дебиторов, с чем согласен Получатель услуги / законный представитель.

5. Своими подписями Поставщик услуг и Получатель услуг / Юридический представитель подтверждают, что они знают и понимают содержание, значение и последствия этого счета.

6. **Реквизиты для оплаты: Получатель: Служба Неотложной медицинской помощи; рег. № 90009029104; Банк: Valsts kase (Государственная касса) код TREL22XXX, счет (IBAN) LV86TREL2290649007000. В целях платежа укажите номер счета, дату получения услуги, имя и фамилию получателя услуги (пациента) (например: №201230102-0342; 02.01.2023; Янис Зале).** Если оплата счета за услуги происходит при возвращении по месту жительства в другой валюте, просьба при конвертации валюты использовать курс, установленный банком Латвии [www.bank.lv](http://www.bank.lv) на число оплаты счета.

7. Счет-фактура составляется на 1 (одной) странице в 2 (двух) экземплярах: 1. (первый) - для получателя услуги, 2. (второй) - для поставщика услуг.

8. **По вопросам обоснования и оплаты счета обращайтесь в Отделение платных медицинских услуг Службы НМП по телефону 0037167337022, [mmp@nmpd.gov.lv](mailto:mmp@nmpd.gov.lv). Письменные претензии по выставленному счету можно подавать в Отделение платных медицинских услуг Службы НМП (ул. Лактас 8, Рига, LV 1013) в течение 30 (тридцати) дней со дня его выставления.**

*/В таблице/* Поставщик услуги и Получатель услуги / законный представитель (мать, отец, дочь, сын, сестра, брат и т. д.):

Подпись (расшифровка подписи / печать) персональный код; место жительства / телефон; электронная почта */как указано/*