\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Regional Center) (dd.mm.yyyy)

**Service provider:** The State Emergency Medical Service of Latvia, tax registration No 90009029104,official address Laktas street 8, Riga, LV-1013, Latvia, represented by \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and

(Position, Name, Surname or official stamp)

**Recipient of the Service (the patient):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Personal ID No. \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

(name, surname) (or date of birth)

**Emergency site address:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**drew up this STATEMENT - INVOICE on the following** *Поставщик услуг составил этот акт -счёт на следующем основании*:

1. The Service provider has provided and Recipient of the Service has received the service(s) for fee.

*Поставщик услуг предоставил, а получатель услуг получил платные услуги.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicate by **[X]** | | Type of service for fee (description) | Service fee, **EUR** |
| 🞎 | | Visit of the ambulance team *(Вызов скорой помощи)* | **156,11**  (one hundred fifty-six euro eleven cents) |
| 🞎 | | Transportation to the next closest hospital of personal choice  *(Выбор другого ближайшего стационара)* | **64,97**  ( sixty-four euro and ninety-seven cents) |
| Other | 🞎 | Medical transportation *(транспортировка пациента)* |  |

**Total amount payable, EUR** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(cyммa платежа)* (figures) (words)

1. The Recipient of the Service has no complaints on the quality and quantity of the Services for fee received. *Получатель услуг не имеет жалоб на качество и количество платно предоставленных услуг.*
2. The Recipient of the Service or his/her legal representative affirms that he/she agrees to pay for the received Service for fee **within 30 (thirty) calendar days** after receiving the STATEMENT-INVOICE from the Service provider. *Получатель услуг или его законный представитель утверждает, что согласен заплатить поставщику услуг за полученные услуги в течении 30 (тридцати) календарных дней после получения АКТА- СЧЁТА.*
3. With their signatures the Service provider and Recipient of the Service confirm that they are familiar with and understand the contents, importance and legal consequences of this STATEMENT-INVOICE. *Данной подписью подтверждаю, что воспользовался оказанными платными услугами Службы Неотложной медицинской помощи и ознакомился с условиями АКТА- СЧЁТА, правовых последствиях и порядке оплаты.*
4. The Recipient / legal representative and the Service Provider hereby agree that, if the service Recipient / legal representative is not paying in settled term for the service received, the service Provider is entitled to late payment rights to third parties, which includes the Recipient of the service / legal representative processing of personal data, or seek court of law with the application for the recovery of arrears. *Получатель и Поставщик услуг соглашаются - если Получатель / законный представитель не производит оплату своевременно, Поставщик имеет право передать дело третьему лицу, что включает в себя обработку персональных данных Получателя представителем юридических услуг, или передачу дела в суд, с заявлением о взыскании задолженности.* The Recipient of services has a right to dispute Statement-invoice within 30(thirty) days by addressing written application to the State Emergency Medical Service (Laktas street 8, Riga, LV-1013) after receiving the Invoice. *Получатель услуг имеет права в течении 30 дней оспорить Акт - счет обращаясь письменно написав заевление в Службу Неотложной медицинской помощи - ул.Лактас 8, Рига, LV 1013.*
5. Details for payment ***(Реквизиты*** *для оплаты счёта*):

Recipient (*Данные получателя*): **LR VM Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests**

(The State Emergency Medical Service of Latvia); Reg. No: **90009029104;**

Bank *(Название банка):* **Valsts kase**; **SWIFT/BIC** Code: **TRELLV22XXX** (Address: Smilsu street 1, Riga, LV-1919, Latvia);

Account No. /IBAN *(№ счёта)*: **LV86TREL2290649007000; As the purpose of the payment please indicate**: **No.of the STATEMENT – INVOICE, date, name and surname of the patient** (recipient of the Service)*(for example: No.20180102-0324; 02.01.2018; Yuriy Shipchin) В цели платежа необходимо указать: номер* ***акта- счёта, дату, имя и фамилию пациента*** *(например: No. 20180102-0324; 02.01.2018; Yuriy Shipchin)*

7. This STATEMENT-INVOICE is made on 1 (one) page with 2 (two) copies: **first copy for Recipient** of the Service and second copy for Service provider.

8*.* In case the payment for services is made by transfer from residence country (any currency) please use exchanging rates of www.banka.lv on date when transfer to SEMS bank account is going to be made. *Если оплата счета за услуги происходит при возвращении по месту жительства в другой валюте,просьба при конвертации валюты использовать курс, установленный банком Латвии  www.banka.lv на число оплаты счета.*

9**. In case of any questions on payment please contact Department of payable services** - phone +371 67337022., [mmp@nmpd.gov.lv](mailto:mmp@nmpd.gov.lv). *По вопросам оплаты акта счета просим обращаться в Отдел платных услуг тел +371 67337022, mmp@nmpd.gov.lv.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Service provider:** | | **Recipient of the Service** or his/her legal representative (mother, father, son, daughter, sister, brother etc.): | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (Signature) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Name, Surname or official stamp) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (signature) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (name, surname) |
|  |  | Personal ID No. /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ | |
|  |  | Residential address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Country\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Phone Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |