**Nolikuma 4. pielikums**

**PRETENDENTA PIEREDZES APRAKSTA FORMA”**

“VSIA „Latvijas Radio” darbinieku veselības apdrošināšana”,

identifikācijas Nr. Radio 2019/IP-1

Pretendents, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, apliecina, ka pretendents iepriekšējo 3 (trīs) gadu laikā (2016., 2017., 2018. līdz šim brīdim) ir noslēdzis veselības apdrošināšanas līgumus ar sekojošām juridiskām personām:

* kur apdrošinājuma ņēmēja kā atsevišķas juridiskās personas vienā laika brīdī nodarbināto un apdrošināto personu skaits ir vismaz 283;
* kur veselības apdrošināšanas programmas visām personām ietver maksas ambulatoro un maksas stacionāro aprūpi;
* kur apdrošināšanas prēmija par maksas ambulatoro un maksas stacionāro aprūpi visām personām tika maksāta no apdrošinājuma ņēmēja – juridiskās personas līdzekļiem.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nr.* | *Apdrošinājuma ņēmēja nosaukums, kontaktpersona, tālruņa numurs,*  *e-pasts* | *Veselības apdrošināšanas programmu saturs (pacientu iemaksa, maksas ambulatora aprūpe, maksas stacionāra aprūpe, citas papildprogrammas)* | *Apdrošināto personu skaits* | *Apdrošināšanas līguma periods* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\*Pretendenta profesionālās pieredzes apliecinājumam papildus tabulā augstāk norādītajai informācijai jāpievieno vismaz 1 (viena) tabulā norādīto pakalpojumu saņēmēju pozitīva atsauksme.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Uzņēmuma vadītāja vai tā pilnvarotās personas (pievienot pilnvaras oriģinālu vai apliecinātu kopiju) paraksts, tā atšifrējums, datums, zīmogs)*