|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | Kompensavimo turizmo paslaugų teikėjams už sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams suteiktas turizmo paslaugas tvarkos aprašo  1 priedas |
|  | **(Mokėjimo prašymo forma)** | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (kompensuojamųjų turizmo paslaugų teikėjo pavadinimas)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (kompensuojamųjų turizmo paslaugų teikėjo adresas korespondencijai, telefono numeris, el. pašto adresas)  VšĮ „Keliauk Lietuvoje“  Gedimino pr. 38  01104 Vilnius  El. p. [atostogosmedikams@lithuania.travel](mailto:atostogosmedikams@lithuania.travel)  **MOKĖJIMO PRAŠYMAS**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_  (data) | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Kompensuojamųjų turizmo paslaugų teikėjas  *(Juridinio asmens pavadinimas / fizinio asmens vardas, pavardė)* | | *(įrašomas teikėjo pavadinimas / vardas, pavardė)* | | | |
| Kompensuojamųjų turizmo paslaugų teikėjo adresas ir rekvizitai | | *(įrašomas juridinio asmens registracijos adresas arba fizinio asmens gyvenamoji vieta )* | | | |
| *(juridinio asmens kodas / fizinio asmens kodas)* | | | |
| *(banko pavadinimas)* | | | |
| *(banko sąskaitos numeris)* | | | |
| *(Tel. Nr. +370 … …..)* | | | |
| *(El. p. adresas)* | | | |
| Kompensuojamųjų turizmo paslaugų teikėjo dokumentai dėl pagalbos suteikimo (*de minimis*) | | *(Užpildyta „Vienos įmonės“ deklaracija)*  *(Užpildytas sutikimas gauti de minimis pagalbą)* | | | |
| Bendra suteiktų kompensuojamųjų turizmo paslaugų kompensavimo suma su PVM (eurais): | | *(įrašoma bendra suma su PVM kompensavimui)* | | | |
| Bendras kompensuojamųjų turizmo paslaugų gavėjų skaičius | | *(įrašomas skaičius)* | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Duomenys apie kompensuojamųjų turizmo paslaugų gavėjus (sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojus) ir jiems suteiktas kompensuojamąsias turizmo paslaugas  (pateikiami pagal kiekvieną kompensuojamosios turizmo paslaugos gavėją): | | | | |
|  |  | | | | |
| Eil. Nr. | Kompensuojamųjų turizmo paslaugų gavėjas (sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojas) | Suteikta kompensuojamoji turizmo paslauga | Paslaugos suteikimo data | Kompensavimo suma, eurais\*\* | Pateikiami dokumentai |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| *1.* | *(vardas, pavardė)* | *(suteiktos kompensuojamosios turizmo paslaugos pavadinimas)* | *(data)* | *(suma)* | *PVM sąskaita faktūra ARBA prekių (paslaugų) pirkimo–pardavimo kvitas (forma FR0508);*  *kompensuojamosios turizmo paslaugos gavėjo asmens tapatybę patvirtinančio dokumento kopija;*  *kompensuojamosios turizmo paslaugos gavėjo* *sąžiningumo deklaracija;*  *(jei teikiama) vardinio kupono kopija* |
| *(unikalus kodas\* )* |
| *2.* |  |  |  |  |  |
|  |
| *...* |  |  |  |  |  |
|  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paslaugų teikėjo įgalioto asmens pareigų pavadinimas) (parašas)  *\* Licencijos numeris arba vardinio kupono numeris.*  *\*\* Kompensavimo suma negali viršyti 200 eurų su PVM.* | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (vardas, pavardė) |