|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | 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. 3801104 VilniusEl. p. 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) |