3. pielikums
Ministru kabineta
2015. gada 25. augusta
noteikumiem Nr. 492

*(Pielikums MK 04.10.2016. noteikumu Nr. 659 redakcijā)*

**Iesniegums par alternatīvā atbalsta saņemšanu apdrošināšanas iemaksu daļējai segšanai**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Lauku atbalsta dienesta |  |
|  | reģionālajai lauksaimniecības pārvaldei |

|  |  |
| --- | --- |
| Iesniedzējs |  |
|  | (vārds, uzvārds) |
|  |
| (juridiskās personas nosaukums, reģistrācijas numurs) |

|  |  |
| --- | --- |
| Adrese |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tālruņa numurs, e-pasta adrese |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lauku atbalsta dienesta klienta reģistrācijas numurs |  |

|  |
| --- |
| Lūdzu izmaksāt atbalstu par samaksāto apdrošināšanas prēmiju, pamatojoties uz apdrošināšanas polisi Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, kas iegādāta |
|  |
| (apdrošināšanas pakalpojumu sniedzēja nosaukums) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kopējā apdrošināšanas iemaksa |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attiecināmās izmaksas, *euro* |  |  |

Noteiktais rēķina(-u) apmaksas datums un summa, *euro*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Maksājuma | Plānotais datums dokumentu iesniegšanai Lauku atbalsta dienestā |
| summa, *euro* | datums |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

Apliecinu, ka tad, ja netiks ievēroti polises samaksas nosacījumi vai pārtraukta polises darbība pirms tās termiņa beigām, atmaksāšu saņemto atbalsta summu.

|  |  |
| --- | --- |
| Atbalsta pretendents |  |
|  | (vārds, uzvārds, paraksts\*, datums\*) |
|  |
| (Lauku atbalsta dienesta reģionālās lauksaimniecības pārvaldes pārstāvja vārds, uzvārds, paraksts, datums)\*\* |

Piezīmes.

1. \* Dokumenta rekvizītus "paraksts" un "datums" neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

2. \*\* Neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.