

LIETUVOS RESPUBLIKOS ODONTOLOGŲ RŪMŲ  
ODONTOLOGINĖS PRIEŽIŪROS (PAGALBOS) ĮSTAIGŲ  
LICENCIJAVIMO KOMISIJAI

**ĮSIPAREIGOJIMAS**

\_\_\_\_\_ (data)

Aš, \_\_\_\_\_ įsipareigoju apdrausti savo įmonę  
(įstaigos vadovo vardas, pavardė)

\_\_\_\_\_ privalomuoju ir (ar) savanoriškuoju  
(įmonės pavadinimas)

civilinės atsakomybės draudimu turtinei ir neturtinei žalai atlyginti iš karto, kai tik įmonei bus išduota odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos licencija. Įsipareigoju per 30 kalendorinių dienų Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo komisijai pateikti tinkamai patvirtintą draudimo poliso kopiją.

Siekiant užtikrinti licencijuojamos veiklos sąlygų laikymąsi, įsipareigoju kasmet pateikti tinkamai patvirtintą galiojančio draudimo poliso kopiją.

\_\_\_\_\_ (įstaigos vadovo ar jo įgalioto asmens pareigų pavadinimas)

\_\_\_\_\_ (A.V.)

\_\_\_\_\_ (parašas)