**Avaldus ravimi erandkorras kompenseerimiseks**

Palun erandkorras kompenseerida minu (ees- ja perekonna nimi)       (isikukood:       ), poolt tehtavad kulutused ravimi (preparaadi nimi)       ostmiseks. Ravimit soovin välja osta (apteegi nimi ja aadress)      .

**Täita juhul, kui taotlete ravi/uuringut oma alla 18a lapsele või eestkostetavale:**

|  |  |
| --- | --- |
| Lapse või eestkostetava ees- ja perekonnanimi |       |
| Lapse või eestkostetava isikukood       |  |

*Allkirjaga kinnitan taotluses esitatud andmete õigsust. Annan oma nõusoleku taotluses märgitud isiku/te delikaatsete ja muude isikuandmete töötlemiseks, sh delikaatsete isikuandmete edastamiseks kolmandatele isikutele (nt arstid), kooskõlas isikuandmete kaitse seadusega. Andmete töötlemise eesmärk on haigekassa poolt taotluse menetlemine ja taotluse osas otsuse tegemine.*

Lugupidamisega

*(digitaalne)allkiri*

|  |  |
| --- | --- |
| Isiku ees- ja perekonnanimi |       |
| Tänav, maja ja korteri number |       |
| Sihtnumber, linn või maakond |       |
| E-posti aadress |       |
| Kontakttelefonid |       |

Kirjuta vajadusel märge lisade kohta (või kustuta rida)