**Taotluse vorm**

|  |
| --- |
| kuupäev.........../........../................ |

**Taotlus**

Vähemalt 19-aastase kindlustatud isikute hambaravi teenuse ravi rahastamise lepingu sõlmimiseks

|  |
| --- |
|  …………………………………………………………….1. Tervishoiuteenuse osutaja  |
| 1.1.Tervishoiuteenuse osutaja seadusliku esindaja ees- ja perekonnanimi |  |
| 1.2.Tervishoiuteenuse osutaja äriregistri kood  |  |
| 1.3. Tegevusloa/lubade nr ja kehtivus |  |
| 1.4. Arveldusarve nr |  |
| 1.5.Tervishoiuteenuse osutaja postiaadressÄriregistri aadress | Tänav ……… maja nr …..Linn ………Maakond …… postiindeks …. |
| 1.6. Tervishoiuteenuse osutaja seadusliku esindaja telefoni nr  |  |
| 1.7. Tervishoiuteenuse osutaja volitatud esindaja nimi ja telefoni nr (olemasolul, lisada ka volikiri) |  |
| 1.8. Tervishoiuteenuse osutaja e-posti aadress |  |
| 1.9. Teenuse osutamise koht/kohad aadressi täpsusega |  |
| 2.0. Teenuse osutamise koha/kohtade kontakttelefon  |  |

|  |
| --- |
| Kinnitan, et …………………………. /tervishoiuteenuse osutaja nimetus/FIE/ suhtes ei ole taotluse esitamise päeval algatatud likvideerimismenetlust. |
| Kinnitan, et antud taotluses esitatud andmed on õiged.…………………….……….. /tervishoiuteenuse osutaja nimetus/FIE/ rakendab kindlustatutele omaosalust ja lisatasu vastavalt õigusaktidele.  |
| Tervishoiuteenuse osutaja esindaja /FIE allkiri *Allkirjastatud digitaalselt* | …………../………………./…………. /kuupäev/ |