**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 postiaadress  Äriregistri 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/ |