

**Taotluse vorm (NÄIDIS)**

kuupäev  ...../...../..... .
Taotluse registreerimise number 200... - .....

**Taotlus**

Lepingu sõlmimiseks perioodiks 01.04.2009. a. kuni 31.03.2012. a.

<p>.....</p> <p><b>1. Tervishoiuteenuse osutaja / nimetus</b></p>	
1.1.Tervishoiuteenuse osutaja juhi ees- ja perekonnanimi	
1.2.Tervishoiuteenuse osutaja äriregistri kood /FIE isikukood (kui FIE –l äriregistrikood puudub)	
1.3. Tegevusloa/lubade nr ja kehtivus	
1.4. Arveldusarve nr	
1.5.Tervishoiuteenuse osutaja postiaadress	Tänav ..... maja nr .....
Äriregistri aadress	Linn ..... Maakond ..... postiindeks ....
1.6. Tervishoiuteenuse osutaja juhi telefoni nr	
1.7. Tervishoiuteenuse osutaja esindaja nimi ja tel. nr	
1.8. Tervishoiuteenuse osutaja e-mail	

2. Tervishoiuteenuse osutaja pakkumine ..... erialal (laste hambaravi, laste ortodontia, laste hambahaiguste ennetus) /eriala peab vastama Eesti Haigekassa poolt välja kuulutatud valiku erialale piirkonnas /			
2.1 Eesti Haigekassa piirkondlik osakond (Harju, Pärnu, Tartu, Viru), kus soovitakse antud teenust osutada			
2.2. Teenuse osutamise koht /peab vastama Eesti Haigekassa poolt välja kuulutatud valiku kohale/			
2.3. Teenuse osutamise koha aadress			
2.4. Erialal teenust pakkuva arsti(de) nimi/nimed, koodid, kvalifikatsioon (mittekõrgharidusega hambaarstide puhul koopia eriharidust tõendavast dokumendist).			
2.5. Ravitüüp	Laste hambaravi	Laste ortodontia	Laste hambahaiguste ennetus
2.6. Taotletava eriala ravijuhtude arv perioodiks 1.04.2009 kuni 31.12.2009			
2.7. Taotletava eriala ravijuhtude arv perioodiks 1.01.2010 kuni 31.03.2010			
2.8. Taotletava eriala ravijuhu keskmine maksumus perioodiks 1.04.2009 kuni 31.12.2009			
2.9 Taotletava eriala ravijuhu keskmine maksumus perioodiks 1.01.2010 kuni 31.03.2010			
2.10. Hinnakoeffitsient, millega tervishoiuteenuse osutaja on nõus raviteenuseid osutama			
2.11. Taotletaval erialal planeeritav vastuvõtu tundide arv nädalas			

Kinnitan, et ..... /tervishoiuteenuse osutaja nimetus/FIE/ asutusel ei ole taotluse esitamise päeval maksuvõlgnevusi, vara ei ole sekvestreeritud ja asutuse suhtes ei ole algatatud likvideerimismenetlust.	
Kinnitan, et antud taotluses esitatud andmed on õiged. ..... /tervishoiuteenuse osutaja nimetus/FIE/ rakendab kindlustatutele omaosalust ja lisatasu vastavalt õigusaktidele. Olen valmis taotluses pakutud teenust osutama pakutud tingimustel ja taotluses esitatud erialadel sõlmitava lepingu perioodil.	
Tervishoiuteenuse osutaja juhi /FIE	

allkiri	...../...../..... /kuupäev/
---------	--------------------------------

Märkus:

1. Punkti 2 loetelu täidetakse iga taotletava eriala (laste hambaravi, laste ortodontia ja laste hambahaiguste ennetus) ja Eesti Haigekassa iga piirkondliku osakonna kohta;
2. Taotlusele lisatakse koopia hambaarstide pädevushindamise läbimise kohta ja (ainult) mittekõrgharidusega hambaarstide puhul koopia eriharidust tõendavast dokumendist