

TEADE KINDLUSTUSKAITSE LÕPPEMISEKS
(Ravikindlustuse seaduse § 5 lg 2 punktides 1,2, 4 ja 5 nimetatud isikud)

Täita trükitähtedega

SOTSIAALMAKSU MAKSJA REGISTRIKOOD/ ISIKUKOOD

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

SOTSIAALMAKSU MAKSJA NIMI _____

SOTSIAALMAKSU MAKSJA POSTIAADDRESS _____

/vald/linn/

/küla/tänav/

/maja/

/korter/

/maakond/

/postiindeks/

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Jrk nr | Kindlustatud isiku isikukood | Kindlustatud isiku ees- ja perekonnanimi | Töölepingu / volituste lõppemise/ võlaõigusliku lepingu/ lõppemise kuupäev | Töölepingu peatumise alguskuupäev (NB: Peatumise lõppemise korral teatada sellest haigekassale blanketil "kindlustatavate isikute nimekiri") |
|--------|------------------------------|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SOTSIAALMAKSU MAKSJA KONTAKTISIKU EES - JA PEREKONNANIMI _____

KONTAKTTELEFON _____

E- POSTI AADDRESS _____

ESITAMISE KUUPÄEV " __ " _____ 20__

SOTSIAALMAKSU MAKSJA ESINDAJA (allkirjaõiguslik isik) _____

/ees- ja perekonnanimi/

/allkiri/