

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

Täita trükitähedega

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/