Täiendava ravimihüvitise taotlemise avaldus *(hüvitist saab taotleda kuni 31.12.2017 apteegist välja ostetud ravimite kohta)*

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA

**Kindlustatud isiku andmed**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi |  |
| Isikukood |  |

**Palun täiendavalt hüvitada minu poolt ravimitele tehtud kulutused vastavalt 26.11.2002.a.**

**sotsiaalministri määrusega nr 135 kuni 31.12.2017 kehtinud korrale.**

**Palun kanda minu rahalised hüvitised:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| minu isiklikule arvelduskontole: |  | |
| minu poolt määratud isiku arvelduskontole | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Isikukood |  |
| Ees – ja perekonnanimi |  |
| Arvelduskonto number |  |
| NB! Välisriigi panga korral märkige lisaks SWIFT/BIC kood |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kontakttelefon |  |
| E-posti aadress |  |

Allkiri

Kuupäev “    ”       20