PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA

**Taotlus volitatud töötaja kasutajanimele ja paroolile** *(valige sobiv variant)*

[ ]  Isikustatud järjekorra andmete elektrooniliseks edastamiseks

[ ]  Perearstide kvaliteeditasu (PKS) tagasiside andmete vaatamiseks

**Tervishoiuasutus**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Äriregistrikood | Nimetus | Tegevusluba | Linn,maakond | Tänav,maja nr | Postiindeks |
|       |  |  |       |       |  |

**Volitatud isikud**

*\* kui taotletakse PKS tagasiside andmete vaatamist*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. | Arsti kood\* | Isikukood | Ees- ja perenimi | Telefon | E-post |
| 1 |       |       |       |       |       |
| 2 |       |       |       |       |       |
| 3 |       |       |       |       |       |

**Kontaktisik**

Isikukood

Ees - ja perenimi

Ametikoht

Telefon

E-post

Tervishoiuasutus

**Tervishoiuasutus kohustub** viivitamatult teavitama haigekassat, kui volitatud töötaja lahkub asutusest.

Tervishoiuasutuse esindusõigusliku isiku nimi, allkiri ja kuupäev

            Kliki siia kuupäeva valimiseks