**Taotluse vorm**

|  |
| --- |
| kuupäev.........../........../................ |

**Taotlus**

vähemalt 19-aastaste kindlustatud isikute hambaravi teenuse ravi rahastamise lepingu sõlmimiseks eesmärgiga pakkuda kindlustatud isikutele:

[ ] hambaraviteenust

[ ] hambaproteesiteenust

|  |
| --- |
| …………………………………………………………….1. Tervishoiuteenuse osutaja  |
| * 1. Tervishoiuteenuse osutaja

seadusliku esindaja ees- ja perekonnanimi |  |
| * 1. Tervishoiuteenuse osutaja äriregistri kood
 |  |
| 1.3. Tegevusloa/lubade nr ja kehtivus |  |
| 1.4. Arveldusarve nr |  |
| 1.5. Tervishoiuteenuse osutaja postiaadressTervishoiuteenuse osutaja aadress Äriregistris (*kui erineb postiaadressist*) | Tänav ……… maja nr …..Linn ………Maakond …… postiindeks …. |
| 1.6. Tervishoiuteenuse osutaja seadusliku esindaja telefoni number  |  |
| 1.7. Tervishoiuteenuse osutaja volitatud esindaja nimi ja telefoni number *(olemasolul, lisada ka volikiri)* |  |
| 1.8. Tervishoiuteenuse osutaja e-posti aadress |  |
| 1.9. Teenuse osutamise koht/kohad aadressi täpsusega |  |
| 2.0. Teenuse osutamise koha/kohtade kontakttelefon  |  |
| 2.1. Teenuse osutamise alustamise kuupäev \* |  |

\*Antud kuupäev loetakse lepinguperioodi alguseks ning on võimalik alustada andmete edastamist Eesti Haigekassale.

|  |
| --- |
| Kinnitan, et …………………………. (*tervishoiuteenuse osutaja nimetus*) suhtes ei ole taotluse esitamise päeval algatatud likvideerimismenetlust. |
| Kinnitan, et antud taotluses esitatud andmed on õiged.…………………….……….. (*tervishoiuteenuse osutaja nimetus*) rakendab kindlustatutele omaosalust ja lisatasu vastavalt õigusaktidele.  |
| Tervishoiuteenuse osutaja esindaja allkiri*Allkirjastatud digitaalselt* | …………../………………./…………./kuupäev/ |