**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  postiaadress  Tervishoiuteenuse 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/ |