**Avaldus üldarstiabi lepingu vormistamiseks**

Asun alates ………. (kuupäev) nimistuga ………. (nimistu number) teenust osutama järgmise äriühingu kaudu:

|  |  |
| --- | --- |
| Ärinimi |  |
| Äriregistri kood  |  |
| Arvelduskonto |  |
| Kontaktandmed (telefon, e-posti aadress) |  |
| Tegevusloa number\* | L |

\*Kui asutus pole veel tegevusluba saanud, kirjutage lahtrisse Terviseametile tegevusloa taotluse esitamise kuupäev

Nimistu juures töötav õde/õed:

|  |  |
| --- | --- |
| Õe kood | Nimi |
|  |  |
|  |  |

**NB!** Kui soovite taotleda 2 pereõe rahastust, palume lisaks täiendavalt esitada teise pereõe rahastamise taotlus.

Praksise avatus ja vastuvõtu ajad

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Praksise lahtioleku ajad | Perearsti vastuvõtuajad | Pereõe vastuvõtuajad |
| Esmaspäev |  |  |  |
| Teisipäev |  |  |  |
| Kolmapäev |  |  |  |
| Neljapäev |  |  |  |
| Reede |  |  |  |

Meie kodulehel oleva kaardirakenduse tarvis palume esitada ka andmed, mida hakkame kuvama patsiendile

|  |  |
| --- | --- |
| Tegevuskoha aadress |  |
| Telefon |  |
| e-posti aadress |  |
| Millistes võõrkeeltes olete valmis patsiente teenindama |  |

Kas nimistu hakkab kuuluma esmatasandi tervisekeskuse koosseisu? JAH/EI (kustuta vale variant)

Nimistu omaniku nimi:

kuupäev ja allkiri

**NB!** Kui asute teenust osutama juba mõne olemasoleva üldarstiabi lepingupartneri kaudu, siis palume avalduse digitaalselt allkirjastada ka lepingupartneri esindusõigusliku isiku poolt

Lepingupartneri esindusõigusliku isiku nimi:

kuupäev ja allkiri