**TAOTLUS**

**Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine kooliõe poolt**

1. Koolitervishoiuteenuse osutaja andmed

|  |  |
| --- | --- |
| Ärinimi |  |
| Äriregistri kood  |  |
| Kontaktandmed (telefon, e-posti aadress) |  |

1. Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamise teenust osutama hakkavate õdede andmed[[1]](#footnote-2):

|  |  |
| --- | --- |
| Kood | Ees- ja perekonnanimi |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Kuupäev, mis hetkest hakatakse teenust osutama: ………….. (pp.kk.aaaa).

Kinnitan, et antud taotluses esitatud andmed on õiged.

Koolitervishoiuteenuse osutaja esindusõigusliku isiku nimi ja kuupäev /digiallkiri/

Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamise teenust osutavate õdede nimed ja allkirjastamise kuupäev /digiallkiri/

Kõikide osapoolte poolt digitaalselt allkirjastatud taotlus saata e-posti aadressile koolitervishoid@tervisekassa.ee

1. Taotluses nimetatud peavad olema taotluse esitanud asutuse töötajad ning registreeritud tegevusloal [↑](#footnote-ref-2)