Tervishoiuteenuse osutaja: ………………………

Registrikood: ………………………

Telefon: ………………………

E-posti aadress: ………………………

Tervisekassa

Liivalaia 36

Tallinn

10132 Harju maakond

perearst@tervisekassa.ee

**Avaldus**

Palun määrata nimistu ……. (nimistu number) ajutiseks asendajaks ………………. (lepingupartneri nimi). Kinnitan, et ………..…. (lepingupartneri nimi) osutab perearstiabi vähemalt kolm nimistuga tervisekeskuses, kus osutatakse ka ämmaemanda iseseisva vastuvõtu teenust, füsioteraapiateenust ja koduõendusteenust.

Asendusperiood **…………… – ……….………**

Lepingupartneri esindusõigusliku isiku nimi:

Kuupäev …… ……………………… 20…