Ees- ja perekonnanimi: ………………………

Tervishoiutöötaja registrikood: ………………………

Telefon: ………………………

E-posti aadress: ………………………

Tervisekassa

Liivalaia tn 36

Tallinn

10113 Harju maakond

**Avaldus nimistust loobumiseks**

Soovin loobuda perearsti nimistust **……………** (nimistu number) alates **………..….** (kuupäev).

Lugupidamisega

Allkiri …………………………………..

Kuupäev …… ……………………… 20…