*\*       - alusta trükkimist reale*

\* ☒ *- märgista vastus vajutades ruudule*

**TAOTLUS LEPINGU SÕLMIMISEKS ABIVAHENDITE MÜÜGI- JA/VÕI ÜÜRITEENUSE OSUTAMISEKS**

1. **TAOTLEJA ANDMED:**

|  |  |
| --- | --- |
| Äriregistrisse kantud ettevõtte nimi | **Naerusuine OÜ** |
| Äriregistri kood | **14918434** |
| Ettevõtte arveldusarve number  (*sisestada ainult üks konto number, kuhu soovitakse abivahendite eest riigiosaluse tasumist)* | **EE551010220284898222** |
| Viitenumber (*selle olemasolul*) |  |
| Ettevõtte kodulehe aadress | **www.benu.ee** |
| Milliste abivahendite loetellu kuuluvate abivahendite soodustingimustel üüri või müügiga soovite tegeleda? | autoga seotud abivahendid  hooldus- ja hügieenitoimingutega seotud abivahendid  inkontinentsustooted  jalatsid  juhtkoer  kommunikatsiooniabivahendid  kuulmisabivahendid  liikumisabivahendid  nägemisabivahendid  proteesid |
| Selgitus (kinnitus), kuidas ettevõte tagab inimese vajadustele vastava sobiva abivahendite leidmise ja kohandamise? | **Apteek müüb klientidele nende poolt soovitud inkontinentsustooted ning hooldus- ja hüieenitoimingutega seotud abivahendeid** |
| Palume lühidalt iseloomustada oma ettevõtet ja teenuse osutamise protsessi: kuidas on toodete müük/üür/valmistamine ja toodete väljastamine korraldatud, millist konkreetset tarkvara kasutate riigipoolse soodustusega tehingute tegemiseks jmt. | **Kasutame Hansasofti programmi tehingute tegemiseks** |

1. **TAOTLUSE ESITAJA ANDMED, KES ALLKIRJASTAB LEPINGU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi | **Moonika Markov** |
| Ametikoht | **juhatuse liige, proviisor-juhataja** |
| Telefon | **53465771** |
| E-post | **moonika.markov@benu.ee; moonika.markov@gmail.com** |

1. **TAOTLEJA KONTAKTISIK LEPINGU TÄITMISEL** *(kui erineb eelmisest):*

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi |  |
| Ametikoht |  |
| Telefon |  |
| E-post |  |
| Isikukood *(vajalik krüpteeritud info saatmiseks)* |  |

1. **ETTEVÕTTE MÜÜGIPUNKTID** *- müügipunktide ja müügipunktis töötavate abivahendi spetsialistide kutsega või antud kutsega võrdsustatud spetsialistide info lisada taotlusele lisatud tabelisse. Müügipunktide ja müügipunktis töötavate abivahendi spetsialistide kutsega või antud kutsega võrdsustatud spetsialistide info esitamine on taotluse esitamisel kohustuslik ja lepingu sõlmimise üheks eelduseks. Teeninduskohtade info avalikustatakse Sotsiaalkindlustusameti kodulehel.*

Naerusuine OÜ Lasnamäe Tervisemaja Apteek

Harju maakond, Tallinn, Lasnamäe linnaosa, Linnamäe tee 3 telefon 6091998

Naerusuine OÜ Viimsi Marketi Apteek (Lasnamäe Tervisemaja Haruapteek)

Harju maakond, Viimsi vald, Haabneeme alevik, Randvere tee 9 Telefon 6077390

Naerusuine OÜ Peterburi tee Rimi Apteek

Harju maakond, Tallinn, Lasnamäe linnaosa, Tooma 3 tn Telefon 6040220

Naerusuine OÜ Rapla Apteek

Rapla maakond, Rapla vald, Rapla linn, Hariduse tn 3 Telefon 4855608

Naerusuine OÜ Tööstuse Rimi Apteek

Harju maakond, Tallinn, Põhja-Tallinna linnaosa, Tööstuse tn 103 Telefon 6338994

Naerusuine OÜ Randvere BENU Apteek

G.H.Schüdlöffeli tee 2, 74016 **Randvere** küla, Viimsi vald. Telefon, 674 8422

1. **TAOTLUSE ESITAMISE KUUPÄEV JA ALLKIRI:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Käesolevaga kinnitan, et vastan sotsiaalhoolekande seaduse §-s 55 sätestatud nõuetele.** *Sotsiaalhoolekande seadus ja selle alusel kehtestatud sotsiaalkaitseministri 21.12.2015 määrus nr 74 ning selle lisa on kättesaadavad riigiteatajast aadressilt:* [*https://www.riigiteataja.ee/akt/126062018018?leiaKehtiv.*](https://www.riigiteataja.ee/akt/126062018018?leiaKehtiv) | | |
| 11 . 12 . 2024      a | | **Taotluse esitaja nimi:Moonika Markov** |  |
|  | | **Taotluse esitaja allkiri:** |  |
| **Täidetud ja digitaalselt allkirjastatud taotlus koos tabeliga „Müügipunktid ja müügipunktis töötavate abivahendi spetsialistide info“ saatke e-posti aadressile** [**info@sotsiaalkindlustusamet.ee**](file:///\\sotsmin\dfs\SKA\SKA\Üldine\Blanketid\Abivahendid\info@sotsiaalkindlustusamet.ee) | | | |