*\*       - alusta trükkimist reale*

\* ☒ *- märgista vastus vajutades ruudule*

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

1. **TAOTLEJA ANDMED:**

|  |  |
| --- | --- |
| Äriregistrisse kantud ettevõtte nimi | **Kiviõli Linnaapteegi OÜ** |
| Äriregistri kood | **10032550** |
| Ettevõtte arveldusarve number (*sisestada ainult üks konto number, kuhu soovitakse abivahendite eest riigiosaluse tasumist)* | **EE97 2200 0011 2012 0982** |
| Viitenumber (*selle olemasolul*) |  |
| Ettevõtte kodulehe aadress  |  |
| Milliste abivahendite loetellu kuuluvate abivahendite soodustingimustel üüri või müügiga soovite tegeleda? | ☐ autoga seotud abivahendidX hooldus- ja hügieenitoimingutega seotud abivahendidX inkontinentsustooted☐ jalatsid☐ juhtkoer☐ kommunikatsiooniabivahendid☐ kuulmisabivahendid☐ liikumisabivahendid☐ nägemisabivahendid☐ proteesid |
| Selgitus (kinnitus), kuidas ettevõte tagab inimese vajadustele vastava sobiva abivahendite leidmise ja kohandamise? | **Apteegis tooted saadaval,müügikoolitus abivahendi spetsialistidele** |
| 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. | **Klientide nõustamine.Hansasoft müügitarkvara.** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi | **Pille Kabel** |
| Ametikoht | **juhataja** |
| Telefon | **3374027** |
| E-post | **soo.apt@mail.ee** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi |  |
| Ametikoht |  |
| Telefon |  |
| E-post |  |
| Isikukood *(vajalik krüpteeritud info saatmiseks)* | **46012112244** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| x | **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) |
| 08 . 05 . 2025 a  | **Taotluse esitaja nimi:** |      Pille Kabel |
|  | **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:///%5C%5Csotsmin%5Cdfs%5CSKA%5CSKA%5C%C3%9Cldine%5CBlanketid%5CAbivahendid%5Cinfo%40sotsiaalkindlustusamet.ee) |