

\* - alusta trükkimist reale

\* ☒ - märgista vastus vajutades ruudule

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

### 1. TAOTLEJA ANDMED:

Ettevõtte nimi	Kastani apteek OÜ
Registrikood	10164346
Ettevõtte arveldusarve number (sisestada ainult üks konto number, kuhu soovitakse abivahendite eest riigiosaluse tasumist)	EE292200001120098247
Viitenumber (selle olemasolul)	
Kodulehe aadress (selle olemasolul)	
Ettevõtte tegevusvaldkond	Apteek

### 2. TAOTLUSE ESITAJA ANDMED, KES ALLKIRJASTAB LEPINGU:

Ees- ja perekonnanimi	Evelin Sarap
Ametikoht	Proviisor-juhatja
Telefon	7420891
E-post	kastani@apotheka.ee

### 3. TAOTLEJA KONTAKTISIK LEPINGU TÄITMISEL (kui erineb eelmisest):

Ees- ja perekonnanimi	
Ametikoht	
Telefon	
E-post	
Isikukood (vajalik krüpteeritud info saatmiseks)	46705200313

### 4. ETTEVÕTTE TEENINDUSKOHAD - teeninduskohtade ja teeninduskohas töötavate abivahendi spetsialistide kutsega või antud kutsega võrdsustatud spetsialistide info saab lisada taotlusele lisatud tabelisse. Teeninduskohtade info avalikustatakse Sotsiaalkindlustusameti kodulehel tabeli ning kaardirakendusega. Teeninduskohtade ja teeninduskohas töötavate abivahendi spetsialistide kutsega või antud kutsega võrdsustatud spetsialistide info esitamine on taotluse esitamisel kohustuslik. Juhul, kui teeninduskohtade ja/või teeninduskohas töötavate abivahendi spetsialistide kutsega või antud kutsega võrdsustatud spetsialistide info on esitamata, siis ei ole võimalik lepingut sõlmida enne nende andmete edastamist.

### 5. TAOTLUSE ESITAMISE KUUPÄEV JA ALLKIRI:

<input type="checkbox"/>	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: <a href="https://www.riigiteataja.ee/akt/126062018018?leiaKehitiv">https://www.riigiteataja.ee/akt/126062018018?leiaKehitiv</a> .	
.24.08.2024	Taotluse esitaja nimi: Evelin Sarap	
	Taotluse esitaja allkiri:	
Täidetud ja digitaalselt allkirjastatud taotlus ja tabel „Teeninduskohtade ja teeninduskohas töötavate abivahendi spetsialistide info“ saatke e-posti aadressile <a href="mailto:info@sotsiaalkindlustusamet.ee">info@sotsiaalkindlustusamet.ee</a>		