

- * - alusta trükkimist reale
 * ☒ - märgista vastus vajutades ruudule

TAOTLUS LEPINGU SÖLMIMISEKS ABIVAHENDITE MÜÜGI- JA/VÕI ÜÜRITENUSE OSUTAMISEKS

1. TAOTLEJA ANDMED:

Äriregistrisse kantud ettevõtte nimi	OÜ Eesti Nägemistervisekeskus
Äriregistri kood	12493798
Ettevõtte arveldusarve number (sisestada ainult üks konto number, kuhu soovitakse abivahendite eest riigiosaluse tasumist)	EE852200221069172907
Viitenumber (selle olemasolul)	
Ettevõtte kodulehe aadress	www.silmatervis.ee
Milliste abivahendite loetellu kuuluvate abivahendite soodustingimustel üüri või müügiga soovite tegeleda?	<input type="checkbox"/> autoga seotud abivahendid <input type="checkbox"/> hooldus- ja hügieenitoimingutega seotud abivahendid <input type="checkbox"/> inkontinentsustooted <input type="checkbox"/> jalatsid <input type="checkbox"/> juhtkoer <input type="checkbox"/> kommunikatsiooniabivahendid <input type="checkbox"/> kuulmisabivahendid <input type="checkbox"/> liikumisabivahendid <input checked="" type="checkbox"/> nägemisabivahendid <input type="checkbox"/> proteesid
Selgitus (kinnitus), kuidas ettevõtte tagab inimese vajadustele vastava sobiva abivahendite leidmise ja kohandamise?	Sobiv abivahend valitakse välja vastuvõtul meie kabinetis, kus tuvastatakse probleemi olemus ning selgitatakse välja võimalikud lahendused.
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.	<p>Eesti Nägemistervisekeskus on tegutsenud nägemistervise valdkonnas 11 aastat. Juhtivoptometrist on tegelenud vaegnägijatega üle 20 aasta. Ettevõtte kabinetid asuvad Tallinnas, Rakveres ja Narvas.</p> <p>Vastuvõtul uurime põhjalikult nägemisfunktsioone ja selgitame välja, mis olukordades pöörduvad hätta jäävad ning koostöös otsime lahendusi. Õpetame abivahendi kasutamist, julgustame probleemide puhul meiega ühendust võtma. Üritame aidata vaegnägijal võimalikult kaua iseseisvalt toime tulla. Tehingute vormistamisel kasutame https://abivmisp2.tehik.ee/misp2 programmi.</p>

2. TAOTLUSE ESITAJA ANDMED, KES ALLKIRJASTAB LEPINGU:

Ees- ja perekonnanimi	Aare Hõbe
Ametikoht	juhatuse liige
Telefon	+372 520 4975
E-post	aare@silmatervis.ee

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

Ees- ja perekonnanimi	Peeter Hallikas	
Ametikoht	juhatuse liige, peaoptometrist	
Telefon	+372 5649 7061	
E-post	peeter@silmatervis.ee	
Isikukood (vajalik krüpteeritud info saatmiseks)	36312292716	

4. **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.

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

<input checked="" 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: https://www.riigiteataja.ee/akt/126062018018?leiaKehtiv .	
29. 11. 2024 a	Taotluse esitaja nimi: Aare Hõbe	
	Taotluse esitaja allkiri: /digitaalne/	
Täidetud ja digitaalselt allkirjastatud taotlus koos tabeliga „Müügipunktid ja müügipunktis töötavate abivahendi spetsialistide info“ saatke e-posti aadressile info@sotsiaalkindlustusamet.ee		