*\*       - alusta trükkimist reale*

\* ☒ *- märgista vastus vajutades ruudule*

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

1. **TAOTLEJA ANDMED:**

|  |  |
| --- | --- |
| Äriregistrisse kantud ettevõtte nimi | **Mapharm OÜ** |
| Äriregistri kood | **14292621** |
| Ettevõtte arveldusarve number  (*sisestada ainult üks konto number, kuhu soovitakse abivahendite eest riigiosaluse tasumist)* | **EE582200221068415144** |
| Viitenumber (*selle olemasolul*) |  |
| Ettevõtte kodulehe aadress | **apotheka.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? | **apteegiteenus** |
| 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. | **apteegiteenus** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi | **Marit Aasmets** |
| Ametikoht | **juhatuse liige** |
| Telefon | **5136335** |
| E-post | **aasmets@gmail.com** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi | **Krista Bärenson** |
| Ametikoht | **apteegi juhataja** |
| Telefon | **6770122** |
| E-post | hiiurimi@apotheka.ee |
| Isikukood *(vajalik krüpteeritud info saatmiseks)* | 46102090299 |

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:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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:** | Marit Aasmets |
|  | | **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) | | | |