

Avaldus Eesti digireseptiga Euroopa Liidus ostetud retseptiravimi kulu tagasimakseks

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA.

Palun lisage avaldusele tasumist tõendav dokument

Retseptinumber:

Taotleja andmed

Ees- ja perekonnanimi

Isikukood

E-posti aadress

Kontakttelefon

Postiaadress:

/tänav/talu/

/maja/

/küla/alevik/

/korter/

/vald/linn/

/indeks/

/maakond/

/riik/

Palun märkige, kuidas soovite haigekassa otsust esitatud avaldusele:

tähitud kirjaga

e-posti teel krüpteeritult

Palun täitke kui taotlete tagasimakset oma alla 18 aastasele lapsele või eestkostetavale:

Lapse või eestkostetava ees- ja perekonnanimi

Lapse või eestkostetava isikukood

minu isiklikule arvelduskontole:

minu poolt määratud isiku arvelduskontole

Palun kanda minu rahalised hüvitised*:

Isikukood

Ees – ja perekonnanimi

Arvelduskonto number

NB! Välisriigi panga korral

märkige lisaks SWIFT/BIC kood

Palun täitke kui soovite hüvitist saada välisriigis asuva panga kontole:

Panga nimi

IBAN BIC/SWIFT

Ise tasusin tervishoiuteenuste eest kokku eurot

Taotluse esitamise kuupäev:

Allkirjaga annan oma nõusoleku taotluses märgitud isiku/te delikaatsete ja muude isikuandmete töötlemiseks, s.h. delikaatsete isikuandmete edastamiseks kolmandatele isikutele kooskõlas isikuandmete kaitse seadusega. Andmete töötlemise eesmärk on haigekassa poolt taotluse menetlemine ja taotluse osas otsuse tegemine.

Kinnitan taotluses esitatud andmete õigsust.

Kinnitan, et taotlusele lisatud arved on makstud.

Kinnitan, et ei ole saanud tervishoiuteenuseid Euroopa ravikindlustuskaardi alusel.

Kinnitan, et ei oma ravikindlustust teises Euroopa Liidu liikmesriigis