Lisa 2

Eesti Haigekassa juhatuse

10.11.2022 a otsuse nr 382 juurde

Taotluse vorm

|  |
| --- |
|  |

**TAOTLUS**

**Haiguste ennetamise projekti „Alkoholitarvitamise häire ravi” teenuse osutamiseks**

*Taotluses märkida kõik tegevuskohad aadressi täpsusega.*

1. **Taotleja (tervishoiuteenuse osutaja) andmed**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Taotleja äriregistrisse kantud nimi |  |
| 1.2.Taotleja äriregistri kood |  |
| * 1. Taotleja e-post |  |
| 1.4.Taotleja taotluse allkirjastav juhatuse liige või volitatud isik *(lisada allkirjastatud volikiri)*  nimi  tel nr  e-post |  |
| 1.5. Arveldusarve nr |  |
| 1.6. Taotleja kontaktisik  nimi  tel nr  e-post |  |

1. **Teenuse osutajad, koht ja tegevusload**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tegevuskoha aadress: maakond, linn/vald, tänav, maja nr ja tegevuskoha telefoni nr | Ambulatoorse psühhiaatriateenuse tegevusloa number | Tegevuskohas „Alkoholitarvitamise häire ravi“ teenuse osutajate nimed ja tervishoiutöötajate koodid | Koolituse/koolituste läbimise aasta(d) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Taotleja kinnitused**

Taotluse allkirjastamisega annab taotleja järgnevad kinnitused:

|  |
| --- |
| * 1. Kinnitan, et oleme edastanud taotluse esitamise tähtaja kalendrikuule eelneval 12 kalendrikuul tervise infosüsteemi vähemalt 10 ambulatoorset psühhiaatria epikriisi. |
| * 1. Kinnitan, et tegutseme samades ruumides, kuhu on tegevusluba/ tegevusload välja antud. |
| * 1. Taotlejal pole riiklike maksude võlgnevusi. Taotlejal võib olla maksuvõlg, kui see on täies ulatuses ajatatud ja graafikus tasumisel. |
| * 1. Kinnitan, et osutame teenust vastavalt ravi rahastamise lepingule ja teenust osutab Tervise Arengu Instituudi poolt korraldatud teenuse osutamiseks vajaliku koolituse läbinud tervishoiutöötaja. |

*/Allkirjastatud digitaalselt/*