**ANALÜÜSITULEMUSTELE JUURDEPÄÄSUÕIGUSTE TELLIMISE AVALDUS ANALÜÜSIDE TELLIJALE TÄITMISEKS**

|  |
| --- |
| **ANALÜÜSIDE TELLIJA ANDMED** |
| **Asutuse nimi:** |  |
| **Aadress:** |  |
| **E-post:**  |  |
| **Telefoninumber:** |  |
| **Avalduse kuupäev:** |  |
| **Avalduse esitaja andmed:**  | Ees- ja perekonnanimi: | Isikukood: |
|  |  |  |
|  | Tervishoiutöötaja kood: | Ametikoht: |
|  |  |  |
| **Soovin taotleda ligipääsu SYNLABi veebikeskkonnas vastuste vaatamiseks:****VALIGE ÜKS!**  |
|[ ]  **Ainult endale** (nähtavad on Teie poolt tellitud analüüside vastused) |
|[ ]  **Endale ja alljärgnevatele töötajatele** (nähtavad on Teie poolt tellitud analüüside vastused Teile ja allpool välja toodud töötajatele)  |
| **Ees- ja perekonnanimi** | **Isikukood** | **Tervishoiutöötaja kood\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*\* Kui töötajal puudub tervishoiutöötaja kood, jätke nõutud väli täitmata. Sellisel juhul on vajalik, et avaldus allkirjastatakse juhatuse liikme poolt.*