**ANALÜÜSITULEMUSTELE JUURDEPÄÄSUÕIGUSTE TELLIMISE AVALDUS JUHATUSE LIIKMELE TÄITMISEKS**

|  |
| --- |
| **JUHATUSE LIIKME ANDMED** |
| **Asutuse nimi:** |  |
| **Aadress:** |  |
| **E-post:** |  |
| **Telefoninumber:** |  |
| **Avalduse kuupäev:** |  |
| **Juhatuse liikme andmed:** | Ees- ja perekonnanimi: | Isikukood: |
|  |  |  |
| **Soovin taotleda ligipääsu SYNLABi veebikeskkonnas vastuste vaatamiseks:** |
|[ ]  **Kõigile allpool välja toodud töötajatele** (nähtavad on Teie asutuse poolt tellitud analüüside vastused igale allpool välja toodud töötajale) |
| **Ees- ja perekonnanimi** | **Isikukood** | **Tervishoiutöötaja kood\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*\* Kui töötajal puudub tervishoiutöötaja kood, jätke nõutud väli täitmata.*