**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\* või kutsetegevuse loa number\*** |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |

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