**Kinnituskiri Empatrax OÜ-le Sotsiaalkindlustusameti poolse soodustusega abivahendi ostmiseks/Haigekassa digiretseptiga toote ostmiseks**

Kinnituskiri kinnitamaks andmete õigsust.

**Abivajaja kontaktandmed:**

Ees- ja perekonnanimi:

Isikukood:

Aadress:

Telefoninumber:

Meiliaadress:

**Esindaja (lisada, kui tooted tellib ja võtab vastu esindaja):**

Ees- ja perekonnanimi:

Telefoninumber:

Meiliaadress:

Isikukood:

**Tellitud toode/tooted:**

1.

2.

3.

….

**Kinnituskirja edastamise kuupäev:**

Kui Sotsiaalkindlusameti poolt hüvitatavate abivahendite loetelus on toodud vastavale tootele tõendi vajadus, siis kinnitan, et oman vastavat retsepti ning olen edastanud selle Empatrax OÜ kontaktmeilile nii arstipoolse kui enda digiallkirjaga.

Kui oman Haigekassa digiretsepti ja soovin seda realiseerida, siis kinnitan, et oman vastavat retsepti ning olen edastanud ostusoovi Empatrax OÜ kontaktmeilile antud kinnituskirjaga.

**Kinnitan digiallkirjaga esitatatud andmete õigsust.**

Empatrax OÜ

Reg. nr: 11686354

J. Sütiste tee 17/1, Tallinn 13419 (Sütiste Tervisekeskus)  
Tel: 55 605 125  
[e-pood@invaabi.ee](mailto:e-pood@invaabi.ee), [info@invaabi.ee](mailto:info@invaabi.ee)  
[www.invaabi.ee](http://www.invaabi.ee), [www.empatrax.ee](http://www.empatrax.ee)