Ees- ja perekonnanimi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Isikukood \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatriakliinikule

 ……………………………………………….. 2020

AVALDUS

Palun SA PERH psühhiaatriakliinikul võtta minuga ühendust eelnevalt kokkulepitud tervishoiuteenuse osutamiseks järgmise sidevahendi kaudu:

Telefon (lisada telefoninumber) …………………………………..

Skype (kasutaja nimi) …………………………………………………..

(allkirjastatud digitaalselt)