



Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

Ártámogatási Főosztály
Telefon: (1) 298-2458 Fax: (1) 298-2457



ÁRAJÁNLAT¹ gyógyászati segédeszköz egyedi méltányossági támogatásához

Alulírott , mint a (cégnév, székhely) képviselője a vényre felírt gyógyászati segédeszköz méltányosságból engedélyezhető ártámogatására vonatkozó kérelemhez árajánlatot tesz.

Szerződés száma²:

Biztosított neve*:			
TAJ száma*:		Szül. dátuma:	
Lakcíme*:			
Igényelt gyógyászati segédeszköz neve:			
ISO kódja az MSZ EN ISO 9999:2003 alapján:			
Mennyisége:	Kihordási ideje:	Garanciális idő:	év
Fogyasztói nettó ár:	Ft	Áfa mértéke:	%
Fogyasztói bruttó ár:	Ft		

* kötelezően kitöltendő adatok

A gyógyászati segédeszköz kiszolgálás helye és pontos címe:

.....

Mellékelten csatolom:

- Megfelelőségi nyilatkozat, dokumentáció
- Eszköz leírása, prospektus
- Eszköz magyar nyelvű használati útmutatója
- Eszköz műszaki dokumentációja
- Nyilatkozat a termék hasznos technológiai élettartamáról

Dátum:

.....
Aláírás, cégbélyegző

¹ A nyomtatványt a igényelt gyógyászati segédeszköz gyártója/forgalmazója tölti ki

² NEAK Területi Hivatalával ártámogatás elszámolására kötött szerződés száma