

E 6

**NYILATKOZAT TELEPHELYEKRŐL/FIÓK-ÉS KÉZIGYÓGYSZERTÁRAKRÓL/MÉRETVÉTELI
HELYEKRŐL**

Szolgáltató szerződésszáma:

Szolgáltató rövid neve:

**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
Ellátási és Koordinációs Főosztálya**

.....

Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!

Alulírott XY (cím:) a/az (CÉGNÉV, SZÉKHELY) képviselőjében nyilatkozom, hogy szerződött tevékenységemet az alábbi telephelyeken/fiókgyógyszertárakban folytatom:

Telephelyek/fiók-és kézigyógyszertárak/méretvételi helyek felsorolása	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	

Kelt: Helység, év, hónap, nap

Tisztelettel:

.....
Cégszerű vagy csatolt meghatalmazás
szerinti aláírás