**E8.1.**

**Nyilatkozat gyógyszertár részéről:**

**felmondással érintett szolgáltatótól való függetlenségről**

**1 évre visszamenőlegesen, szerződéskötés esetén**

**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**

**Ellátási és Koordinációs Főosztálya**

**……………………………………………….**

**Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!**

<NÉV>, mint a <GYÓGYSZERTÁRAT (elszámolókód)> működtető <CÉGNÉV, SZÉKHELY> cégjegyzésre jogosult vezető tisztségviselője vagy képviseletre jogosult munkavállalója az Általános Szerződési Feltételek szerinti egyedi ártámogatási szerződés megkötése érdekében nyilatkozom, hogy az általam képviselt gazdasági társasággal szemben nem áll fenn a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 38. § (4) bekezdése szerinti kizáró ok, illetve

a fenti szakasz szerinti felmondással érintett egészségügyi szolgáltató vezető tisztviselője/tagja az általam képviselt gazdasági társaságnak nem vezető tisztviselője/tagja.

A szerződéskötés tervezett időpontja: ………… év ……………….. hó ………. nap

**Kelt: helység, év, hónap, nap.**

**Tisztelettel:**

 **……….. ………………………………………………**

Cégszerű vagy csatolt meghatalmazás

szerinti aláírás