**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) képviseletében 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