**E 22**

**GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ HÁZHOZSZÁLLÍTÁSI NYILATKOZAT**

(Szolgáltató tölti ki! Változás esetén csak a megváltozott adatokat kell feltüntetni.)

Szolgáltató szerződésszáma: ....................................................

Szolgáltató rövid neve: ............................................................

Hatályos: 20…… év …………………… hónap …….. naptól (Egészségbiztosító tölti ki!)

Szerződéskötés Szerződésmódosítás

* indoka: .................................................................................................................
* tervezett dátuma: év hónap nap

Alulírott .........................................................................................., mint a

.......................................................................................... képviselője kijelentem, hogy termék (gyógyászati segédeszköz) kiszolgálást a szakmai követelményeknek megfelelően házhozszállítás útján is végzünk. A termék használatához szükséges információkat házhozszállítás során a beteg részére biztosítjuk, a kiszolgálás szakszerűségéért és pontosságáért felelősséget vállalunk.

|  |
| --- |
| **nyilvántartás** |
| **Tevékenység végzéséhez szükséges tárgyi eszközök** | **db** | **Tevékenység megkezdésének dátuma** | **Tevékenység megszűnésének dátuma\*** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

\* folyamatosan végzett tevékenység esetén nem szükséges kitölteni

Elfogadom, hogy jogszabályi kötelezettségeim végrehajtásának ellenőrzésekor a NEAK kizárólag az eszköz kiszállítását egyértelműen igazoló iratot (tértivevény, szállítólevél) fogadja el ellenőrzéskor bizonyítékként.

Tudomásul veszem, hogy a társadalombiztosítási támogatással rendelt gyógyászati segédeszköz házhozszállításához az egészségügyért felelős miniszter rendeletében foglalt kivételektől eltekintve közreműködőt nem vehetek igénybe.

Elfogadom, hogy a gyógyászati segédeszközök házhoz szállítása során köteles vagyok olyan nyilvántartást vezetni, amely tartalmazza a megrendelés sorszámát, időpontját, a megrendelt eszköz nevét, mennyiségét, valamint az eszköz átvételének időpontját az átvevő személy által igazolt módon.

A nyilatkozat aláírásával vállalom, hogy a házhozszállítási tevékenység megszűnését az Egészségbiztosítóhoz a megszűnést követő 15 napon belül bejelentem.

Alulírott Szolgáltató kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy az eltérésekért az ÁSZF-ben foglaltak alapján felelősséggel tartozom.

Kelt: ..................................... , év hónap nap.

…………………..…………………….

**Szolgáltató**

cégszerű vagy csatolt meghatalmazás szerinti aláírása

A bejelentés a NEAK képviseletében elfogadva:

Kelt: