**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**

# **ÁRAJÁNLAT**

**fogtechnikai eszköz egyedi méltányossági támogatásához**

(fogtechnikus tölti ki)

Alulírott…………………………….…………………………….…, mint a ……………………….………………….…….…… (cégnév), ………………………….……….……………. (cím) képviselője a vényre felírt fogtechnikai eszköz méltányosságból engedélyezhető ártámogatására vonatkozó kérelemhez árajánlatot teszek.

Ártámogatási Szerződés száma: ……….………………………………..

Megye- és NEAK kód: ……….………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Biztosított neve:**  | **TAJ száma:**  |
| **Születési helye és ideje:**  | **Lakcíme:** |
| **Igényelt gyógyászati segédeszköz (kezelési tervnek megfelelő) neve, ára, mennyisége, állcsontonkénti/fogankénti bontásban:** |
| **Fogyasztói nettó ár (összesen):** |
| **Igényelt gyógyászati segédeszköz kihordási ideje:** | **Garanciális idő:** |

A gyógyászati segédeszköz kiszolgálás helye és pontos címe:

**Mellékelten csatolom**

□ Megfelelőségi nyilatkozat, dokumentáció

□ Forgalomba hozó nyilatkozata az eszköz hasznos technológiai élettartamáról

Dátum:

 Aláírás, bélyegző