

E7/1.

Szolgáltatói megfeleléségi nyilatkozat

**a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz árhoz nyújtott támogatással történő
kiszolgáltatásához**

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

..... Ellátási és Koordinációs Főosztálya

Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!

Alulírott XY, mint a <CÉGNÉV> (cég székhelye, cégjegyzékszám) – továbbiakban: Szolgáltató – cégjegyzésre jogosult vezető tisztségviselője vagy képviselőre jogosult munkavállalója nyilatkozatommal vállalom, hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Általános Szerződési Feltételeinek megfelelően az

- „A” típusú ártámogatási szerződés megkötése esetén

	gyógyszer kiszolgáltatás
	gyógyszer és gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatás
	egyedi import szerződés kiegészítés

speciális tárgyi, személyi, szakmai követelményeit folyamatosan biztosítom és a szolgáltatás nyújtása során annak megfelelően járok el.

(megfelelő helyen X-szel jelölendő a szerződés szerinti szolgáltatás)

A szerződéskötés tervezett időpontja: 201.... hó nap

Kelt,, 20 . év hónap nap

Tisztelettel:

.....
Cégszerű vagy csatolt meghatalmazás
szerinti aláírás