

**E7/1.**  
**Szolgáltatói megfelelőségi nyilatkozat**

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

**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő  
Ellátási és Koordinációs Főosztály ....**

**Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!**

Alulírott NÉV: .....  
a SZOLGÁLTATÓ NEVE (székhelye, nyilvántartási száma):  
.....

képviselőként nyilatkozom, hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Általános Szerződési Feltételeinek megfelelően a Szolgáltató az

**• „A” típusú ártámogatási szerződés megkötése esetén**

<input type="checkbox"/>	gyógyszer kiszolgáltatás
<input type="checkbox"/>	gyógyszer és gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatás
<input type="checkbox"/>	egyedi import szerződés kiegészítés
<input type="checkbox"/>	oxigén kiszolgáltatás

speciális tárgyi, személyi, szakmai követelményeit folyamatosan biztosítja és a szolgáltatás nyújtása során annak megfelelően jár el.  
(megfelelő helyen X-szel jelölendő a szerződés szerinti szolgáltatás)

**A szerződéskötés tervezett időpontja: 20.... .... hó .... nap**

Kelt, ....., 20 . év ..... hónap .... nap

**Tisztelettel:**

.....  
cégszerű vagy csatolt meghatalmazás  
szerinti aláírás