

E/8.3.

**Nyilatkozat gyógyászati ellátás nyújtója részéről:
felmondással érintett szolgáltatótól való függetlenségről
1 évre visszamenőlegesen, szerződéskötés esetén**

**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
Ellátási és Koordinációs Főosztály**

Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!

Alulírott NÉV:,

a gyógyászati ellátást nyújtó SZOLGÁLTATÓ NEVE (nyilvántartási száma, székhelye)
(továbbiakban: Szolgáltató):

.....

cégjegyzésre jogosult képviselőjeként az Általános Szerződési Feltételek szerinti egyedi
ártámogatási szerződés megkötése érdekében nyilatkozom, hogy az általam képviselt
Szolgáltatóval szemben nem áll fenn a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló
1997. évi LXXXIII. törvény 38. § (4) bekezdése szerinti kizáró ok, illetve

a fenti szakasz szerinti felmondással érintett egészségügyi szolgáltató vezető
tisztségviselője/tagja az általam képviselt gazdasági társaságnak nem vezető
tisztségviselője/tagja.

A szerződéskötés tervezett időpontja: év hó nap

Kelt:, 20..., év, hónap, ... nap.

Tisztelettel:

.....

cégszerű vagy csatolt meghatalmazás
szerinti aláírás