

cég neve:  
székhelye:  
.....)

Hiv.szám: AT0...../.....-1/20.....  
Tárgy: Szállítójegyzék felülvizsgálata (F-

**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**  
Ártámogatási Főosztály

**Tisztelt Főosztályvezető Úr!**

A „Minősített forgalomba hozó” státusz felülvizsgálatára indult eljárásban a fenti számú végzésre hivatkozással, mint a ..... (cég neve, székhelye) ügyvezetője az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. A cégnek a NEAK által vezetett szállítójegyzék, F-..... szállítókédon nyilvántartott **adataiban változás nem történt, továbbá**
  - a számvitelről szóló törvény (Sztv.) szerinti kapcsolat vállalkozásaiban változás nincs;
  - a forgalomba hozó **nyilatkozata köztartozásaira vonatkozóan:**
    - rendelkezik-e olyan köztartozásokkal, amelyek a kérelem benyújtásakor is fennálltak: igen nem,
    - a forgalomba hozó rendelkezik-e olyan köztartozással, amely esedékességének időpontja 120 napnál régebben lejárt: igen nem,
    - a forgalomba hozó tulajdonosát vagy vezető tisztségviselőjét polgári ügyekben eljáró bíróság a szállító-előminősítés üzleti évében vagy az azt megelőző három üzleti évben gyógyászati segédeszköz forgalomba hozatalára irányuló üzleti tevékenységével összefüggő okból jogerősen elmarasztalta: igen nem
  - a cég **minőségirányítási rendszert** nem működtet működtet *(aláhúzással jelölendő)*;
  - javítási vagy szervizhátterrel rendelkezem (tartós használati célú eszköz forgalmazása esetén):  
igen nem

A **„Minősített forgalomba hozó” státuszunkat továbbra is fenn kívánjuk tartani.**

2. **Változás-bejelentési** kötelezettségemnek eleget téve az alábbiakról nyilatkozom *(megváltozott adatok megjelölése)*:

.....  
.....  
.....  
.....

3. Fenti számon megküldött végzésre hivatkozással kérem a ..... (cég neve, székhelye) **törlését a „Minősített forgalomba hozó” szállítójegyzékről.**

Dátum

Aláírás

\*Megfelelő részt szükséges kitölteni