

GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKŐZ HÁZHOZZÁLLÍTÁSI NYILATKOZAT

(Szolgáltató tölti ki! Változás esetén csak a megváltozott adatokat kell feltüntetni.)

Szolgáltató szerződésszáma:

Szolgáltató rövid neve:

Hatályos: 20..... év hónap naptól (Egészségbiztosító tölti ki!)

Szerződéskötés

Szerződésmódosítás

- tervezett dátuma: év hónap nap

Alulírott <NÉV>, mint a <SZOLGÁLTATÓ NEVE> (nyilvántartási száma, székhelye) képviselője kijelentem, hogy a/az nevű gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatást a jogszabályi és szakmai követelményeknek megfelelően házhozszállítás útján is végzünk. A termék használatához szükséges információkat a házhozszállítás során a beteg részére biztosítjuk, a kiszolgáltatás szakszerűségéért és pontosságáért felelősséget vállalunk.

Tevékenység végzéséhez szükséges tárgyi eszközök	db	Tevékenység megkezdésének dátuma

* folyamatosan végzett tevékenység esetén nem szükséges kitölteni

Elfogadom, hogy jogszabályi kötelezettségeim végrehajtásának ellenőrzésekor az Egészségbiztosító kizárólag az eszköz kiszállítását egyértelműen igazoló iratot (tértivevény, szállítólevél) fogadja el ellenőrzéskor bizonyítékként.

Tudomásul veszem, hogy a társadalombiztosítási támogatással rendelt gyógyászati segédeszköz házhozszállításához az egészségügyért felelős miniszter rendeletében foglalt kivételektől eltekintve közreműködőt nem vehetek igénybe.

Elfogadom, hogy a gyógyászati segédeszközök házhoz szállítása során köteles vagyok olyan nyilvántartást vezetni, amely tartalmazza a jogosult adatait, a megrendelés sorszámát, időpontját, a megrendelt és kiszállított eszköz fajtáját, nevét, mennyiségét, valamint az eszköz átvételének időpontját az átvevő személy által igazolt módon.

A nyilatkozat aláírásával vállalom, hogy a házhozszállítási tevékenység megszűnését az Egészségbiztosítóhoz a megszűnést követő 15 napon belül bejelentem.

Alulírott Szolgáltató kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek, a jelen nyilatkozatban foglaltak teljesítését vállalom. Tudomásul veszem, hogy az eltérésekért az ÁSZF-ben foglaltak alapján felelősséggel tartozom.

Kelt: , év hónap nap.

.....

Szolgáltató

cégszerű vagy csatolt meghatalmazás szerinti aláírása

Bejelentés elfogadva:

Kelt: