

E7/3.

Szolgáltatói megfelelőségi nyilatkozat

gyógyászati ellátások társadalombiztosítási támogatással történő nyújtásához
kapcsolódó feltételek folyamatos biztosításáról

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
Ellátási és Koordinációs Főosztály

Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!

Alulírott NÉV:,

mint a SZOLGÁLTATÓ NEVE (székhelye, nyilvántartási száma):

.....

képviselőként nyilatkozom, hogy az Általános Szerződési Feltételeknek megfelelően a
Szolgáltató a

• „C” típusú ártámogatási szerződés megkötése esetén az orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokról szóló 5/2004. (XI. 19.) EüM rendelet 2. számú mellékletének megfelelően

Gyógyászati ellátás megnevezése	Gyógyászati ellátás kódszáma
Gyógyvizes gyógymedence (ideértve a hévízi tófürdőt is)	01
Gyógyvizes kádfürdő	02
Izappakolás	03
Súlyfürdő	04
Szénsavas fürdő	05
Orvosi gyögmasszázs	06
Víz alatti vízszugármasszázs	07
Víz alatti csoportos gyógytorna	08
Komplex fürdőgyógyászati ellátás	09
18 éves kor alatti csoportos gyógyúszás	10
Szén-dioxid gyógygázfürdő	11

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