**E7/3.**

**Szolgáltatói megfelelőségi nyilatkozat**

**gyógyászati ellátások társadalombiztosítási támogatással történő nyújtásához kapcsolódó feltételek folyamatos biztosításáról**

**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**

**Ellátási és Koordinációs Főosztálya**

**……………………………………………….**

**Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!**

Alulírott, mint a <CÉGNÉV> (*cég székhelye, cégjegyzékszáma) –* továbbiakban: Szolgáltató – cégjegyzésre jogosult vezető tisztségviselője vagy képviseletre jogosult munkavállalója nyilatkozatommal vállalom, hogy az Általános Szerződési Feltételeknek megfelelően 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 |
|  | Iszappakolás | 03 |
|  | Súlyfürdő | 04 |
|  | Szénsavas fürdő | 05 |
|  | Orvosi gyógymasszázs | 06 |
|  | Víz alatti vízsugármasszázs | 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 biztosítom és a szolgáltatás nyújtása során annak megfelelően járok el.

(megfelelő helyen X-szel jelölendő a szerződés szerinti szolgáltatás)

**A szerződéskötés tervezett időpontja: 201…. ….. hó ….. nap**

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

**Tisztelettel:**

…………………………………….

Cégszerű vagy csatolt meghatalmazás

 szerinti aláírás