**Vényigénylő lap pro família** **jogcímen rendelő orvos számára**

**a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő orvosi vényeinek rendeléséhez**

|  |
| --- |
| ***1. Az orvos adatai*** |
| **Az orvos neve:**  **Az orvos nyilvántartási száma** (pecsétszám – 5 karakter)**:**  **Szakvizsga (szakvizsgák) megnevezése** (maximum 50 karakter)**:**  **A vényírási szerződés száma:**  **Az orvos telefonszáma:** |
| ***2. Az igényelt vény mennyisége*** |
| **Az igényelt vény mennyisége:       db** |
| ***3. Kézbesítési cím*** |
| **● Intézmény neve** (amennyiben a kézbesítést ide kéri):  **Cím** – irányítószám:     ; helység:  utca, házszám:  *●* ***Állandó lakóhely/bejelentett tartózkodási hely:*** |

*Az orvos nyilatkozata:*

Aláírásommal annak tudomásul vételéről is nyilatkozom, hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) a jelen vényigénylő lapon rendelt vényeket főszabályként a vényírási szerződésemben szereplő címemre küldi, kivéve azt az esetet, ha ettől eltérő kézbesítési címet adhatok és adok meg. Tudomásul veszem, hogy a NEAK a vényen szereplő egyéb adataimat (szakképesítés/szakképesítések) a vényírási szerződésemben, valamint az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alapnyilvántartásában szereplő adatok alapján tünteti fel a vényen. A vényigénylő lap leadásával nyilatkozom arról, hogy a vényírási szerződésemben szereplő adatokban változás nem következett be.

Aláírásommal elfogadom, hogy ha a megrendelt vényeket kiszállításkor a vényírási szerződésben szereplő címen (kivéve azt az esetet, ha eltérő kézbesítési címet adhatok és adok meg), vagy a kiszállítást követő 10 (tíz) naptári napon belül a kézbesítési értesítőn megjelölt átvevőhelyen nem veszem át, úgy a vényeket ezt követően kizárólag a NEAK kézbesítési cím (vényírási szerződésben szereplő cím) szerint illetékes területi kihelyezett szervezeti egységénél vehetem át 2.500 (kettőezer-ötszáz) forint kezelési költség megfizetése ellenében. Tudomásul veszem, hogy új megrendelésemet a NEAK mindaddig nem teljesíti, amíg a fentiekben igényelt és legyártott vények átvételére nem kerül sor.

**Kelt (hely / dátum):      ,**

***………………………………***

***Orvos aláírása és bélyegzőjének lenyomata***

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ

**A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő orvosi vényeinek rendeléséhez használandó**

**vényigénylő laphoz**

**pro família jogcímen rendelő orvos számára**

1. Az orvos adatai

Az orvos neve: Az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alapnyilvántartásában, illetve – amennyiben az egészségügyi tevékenység gyakorlása során használt nevet adott meg – a működési nyilvántartásban szereplő nevét (orvosi bélyegzőn szereplő név) kell megadnia. Kérjük, vegye figyelembe, hogy a bélyegzőn és a vényen szereplő név semmilyen esetben sem térhet el a hatósági nyilvántartásokban szereplő névtől.

Az orvos nyilvántartási száma (pecsétszám): Ebben a mezőben az 5 számjegyű alapnyilvántartási számát szükséges megadni, amely az orvosi bélyegzőjén is megtalálható.

Szakvizsga (szakvizsgák megnevezése): Ebben a mezőben az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartása részére bejelentett, megszerzett szakképesítését/szakképesítéseit szíveskedjen megadni, amelyet a rendelt vényen kíván szerepeltetni. Megszerzett új szakvizsga esetén annak másolatát a beküldésre kerülő vényigénylő laphoz csatolni szükséges.

A vényírási szerződés száma: Itt a vényírási szerződésének első oldalán található szerződésszámot kell feltüntetni. Kérjük, ezt a mezőt pontosan töltse ki, mert a vényírási szerződésben szereplő neve, címe és telefonszáma fog a vényen feltüntetésre kerülni.

Az orvos telefonszáma: Kérjük, itt adja meg azon telefonszámot, amelyen szükség esetén a legkönnyebben elérhető, illetve az Ön számára üzenet hagyható. A telefonszámot kérjük körzetszámmal, illetve mobil-előhívószámmal megadni. (pl.: 06-1-234-5678 vagy 06-20-123-4567)

2. Az igényelt vény mennyisége

A lenti táblázat tartalmazza a minimálisan és a maximálisan rendelhető vények darabszámát.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Megrendelő*** | ***vény típusa*** | ***minimum (db)*** | ***maximum (db)*** |
| Pro família jogcímen rendelő orvos | általános | 100 | 500 |

**3. Kézbesítési cím**

Vényeinek kézbesítését kérheti *az állandó lakcímére vagy levelezési címére.* Amennyiben nem ad meg kézbesítési címet, akkor a vényeket az Ön és a NEAK között létrejött vényírási szerződésben szereplő állandó lakcímére vagy levelezési címére szállíttatjuk ki az Ön számára.

Amennyiben egyúttal finanszírozott vagy nem finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál is dolgozik, akkor vényeinek kézbesítését kérheti a választott munkahely címére is.

**4. Nyilatkozatok, aláírások és bélyegző-lenyomatok**

A vényigénylő lapot Ön saját kezű aláírásával és a gyógyszerrendelésre jogosító bélyegzőjének lenyomatával hitelesíti, valamint dátummal látja el. Aláírásával egyidejűleg igazolja, hogy a vényigénylő lapon szereplő nyilatkozatban foglaltakat elfogadja és tudomásul veszi.