

## ÁRTÁMOGATÁSI SZERZŐDÉS-MÓDOSÍTÁSI KÉRELEM

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő  
székhelye:  
ügyintézés helye:  
képviselő neve, beosztása:  
(a továbbiakban: **Egészségbiztosító**), másrészről

a ..... Szolgáltató  
székhelye:  
képviselő neve, beosztása:  
(a továbbiakban: **Szolgáltató**)  
között létrejött ..... számú ártámogatási szerződésben szereplő,  
alábbi adat(ok)ban bekövetkezett változás miatt **kezdeményezem** a fenti számú  
**szerződés módosítását.**

Megváltozott szerződéses adatok:

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

A szerződésben szereplő, megváltozott adatokat tartalmazó dokumentumok másolati példányát csatolom.

**A szerződésmódosítás tervezett időpontja: ..... év, ..... hó, ..... nap.**

**Kelt: Helység, év, hónap, nap.**

**Tisztelettel:**

.....  
Cégszerű aláírás