

**E8.1.**

**Nyilatkozat gyógyszerár részéről:  
felmondással érintett szolgáltatótól való függetlenségről  
1 évre visszamenőlegesen, szerződéskötés esetén**

**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**

**Ellátási és Koordinációs Főosztály .....**

**Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!**

Alulírott NÉV: .....

a GYÓGYSZERTÁR-at (elszámoló kód):

.....

működtető SZOLGÁLTATÓ NEVE (nyilvántartási száma, székhelye) (továbbiakban:  
Szolgáltató):

.....

cégjegyzésre jogosult képviselőjeként az Általános Szerződési Feltételek szerinti egyedi  
ártámogatási szerződés megkötése érdekében nyilatkozom, hogy az általam képviselt  
Szolgáltatóval szemben nem áll fenn a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló  
1997. évi LXXXIII. törvény 38. § (4) bekezdése szerinti kizáró ok, illetve

a fenti szakasz szerinti felmondással érintett egészségügyi szolgáltató vezető  
tisztviselője/tagja az általam képviselt Szolgáltatónak nem vezető  
tisztviselője/tagja.

A szerződéskötés tervezett időpontja: ..... év ..... hó ..... nap

**Kelt: 20....., ..... hónap ... nap**

**Tisztelettel:**

.....

cégszerű vagy csatolt meghatalmazás

szerinti aláírás