

**JEGYZÉK TELEPHELYEKRŐL/FIÓK-ÉS KÉZIGYÓGYSZERTÁRAKRÓL/MÉRETVÉTELI  
HELYEKRŐL**

Szolgáltató szerződésszáma: .....

Szolgáltató rövid neve: .....

**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő  
Ellátási és Koordinációs Főosztálya .....**

**Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!**

Alulírott NÉV (beosztás): .....

a/az SZOLGÁLTATÓ NEVE (nyilvántartási száma, székhelye):  
.....

képviselőként nyilatkozom, hogy nevezett Szolgáltató a fenti számú ártámogatási szerződése szerinti tevékenységeit az alábbi telephelyeken/fiókgyógyszertárakban látja el:

<b>telephelyek/fiók-és kézigyógyszertárak felsorolása</b>	<b>telephely-kód (NEAK tölti ki)</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

**Méretvételi helyek** (azon telephelyek felsorolása, ahol a működési engedély alapján kizárólag méretvétel történik):

1.	
2.	

Kelt: 20..., ..... hónap, ... nap

**Tisztelettel:**

.....  
cégszerű vagy csatolt meghatalmazás  
szerinti aláírás