

E7/2.

**Szolgáltatói megfelelőségi nyilatkozat**

**gyógyászati segédeszköz árhoz nyújtott támogatással történő forgalmazásához,  
kölcsonzéséhez, javításához, egyedi méretvétel alapján történő gyártásához**

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

**Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!**

Alulírott NÉV: .....

a SZOLGÁLTATÓ NEVE (székhelye, nyilvántartási száma):

.....

képviselőként nyilatkozom, hogy az Általános Szerződési Feltételeknek megfelelően  
a Szolgáltató a

**„B” típusú ártámogatási szerződés megkötése esetén**

Tevékenység

1) Általános gyse forgalmazás:

a) sorozatgyártású gyse:

- kötszerek
- személyes gyógykezelő segédeszközök
- ortézisek és protézisek
- személyes gondoskodás és védelem segédeszközei
- személyes mozgás segédeszközei
- háztartási segédeszközök
- bútorzat és lakás- vagy egyéb helyiség-átalakítások
- optikai segédeszközök
- szemtől szembeni kommunikációs eszközök
- hallásjavító eszközök

b) adaptív gyse:

adaptálható eszközcsoport(ok) megnevezése:

2) Egyedi méretvétel alapján történő gyártás és kiszolgáltatás:

- ortézis/protézis
- ortopédcipő
- keringési terápiás segédeszközök
- hasi sérvkötő
- fogtechnikai termékek gyártása
- kemény kontaktlencse gyártása
- szemüvegkeretek
- hallásjavító készülékek kiegészítői

3) Házhozszállítás:

eszközcsoporth(ok) megnevezése:

4) Javítás:

- inhalátorok
- ortézisek, protézisek
- fogtechnikai eszközök
- mopedek, kerekesszékek
- optikai eszközök
- műgége
- hallásjavító eszközök
- hallásjavító implantátumok beszédprocesszorai

5) Kölcsönzés

speciális tárgyi, személyi, szakmai követelményeit folyamatosan biztosítja és a szolgáltatás nyújtása során annak megfelelően jár el.

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

**A szerződéskötés tervezett időpontja: 20.... .... hó ..... nap**

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

**Tisztelettel:**

.....  
cégszerű vagy csatolt meghatalmazás  
szerinti aláírás