Iktatószám:

**VÁLTOZÁS BEJELENTÉSE**

**AZ ORVOSI VÉNY FELÍRÁSÁNAK FELTÉTELEI TÁRGYÁBAN KÖTÖTT SZERZŐDÉSSEL ÖSSZEFÜGGÉSBEN**

**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**

**………………………………………….Ellátási és Koordinációs Főosztálya**

**Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!**

Alulírott <**NÉV>** <alapnyilvántartási szám: ……….>, <e-mail cím: ………………………………..> (a továbbiakban: **orvos**) ezúton bejelentem, hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel (2017. január 1 előtt Országos Egészségbiztosítási Pénztárral) (1139 Budapest, Váci út 73/A.) (a továbbiakban: **NEAK**) orvosi vény felírásának feltételeiről kötött, ……………….. számú vényírási szerződésem vonatkozásában a lent megjelölt és másolati példányban csatolt dokumentumokban/személyes adataimban az alábbi változás következett be:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**A bejelentett változás hatályba lépésének tervezett időpontja: ………. év, …………….. hó, ……………….. nap.**

**Kelt: <Helység, év, hó, nap>.**

**Tisztelettel:**

 …………………………………….

 orvos aláírása (PH.)