**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**

# **ÁRAJÁNLAT**

**korábban méltányosságból támogatott**

# **fogtechnikai eszköz javítási díjához**

# (fogtechnikus tölti ki)

Alulírott ……………………………………………………………., mint a …………………………………….……………………… (cégnév) ………………………….………………………. (cím) képviselője az egyedi méltányossági engedélyezési eljárás keretében támogatással rendelt gyógyászati segédeszköz vényre felírt javítási díjának méltányossági jogcímen való társadalombiztosítási támogatásához árajánlatot teszek.

Ártámogatási Szerződés száma: ………………………………..

Megye- és NEAK kód: ………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Biztosított neve:**  | **TAJ száma:**  |
| **Születési helye és ideje:**  | **Lakcíme, levelezési címe:** |
| **A méltányosságból már támogatott gyógyászati segédeszköz neve, amelynek javítási díjára vonatkozik az árajánlat (és a kérelem):** |
| **Mennyisége:** | **Kihordási ideje:** | **Jótállási idő:** |
| **Alkatrészek tételesen** | **Nettó értéke (Ft)** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Javítási költség (összesen):** |  |
| **Munkaóra összesen:** |  |

A javítást végző szolgáltató kiszolgálási helye és pontos címe:

 .

Dátum:

 Aláírás, bélyegző