

NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ

Á R A J Á N L A T fogtechnikai eszköz egyedi méltányossági támogatásához (fogtechnikus tölti ki)

Alulírott

név:		, mint a
cégnév:		
cím:		

képviselője a vényre felírt fogtechnikai eszköz méltányosságból engedélyezhető ártámogatására vonatkozó kérelemhez árajánlatot tesz.

Ártámogatási szerződés száma:	
Vármegye és NEAK kód:	

Biztosított neve:	TAJ száma:
Születési helye és ideje:	Lakcíme:
Igényelt gyógyászati segédeszköz (kezelési tervnek megfelelő) neve, ára, mennyisége, állcsontonkénti/fogankénti bontásban:	
Fogyasztói nettó ár (összesen):	
Igényelt gyógyászati segédeszköz kihordási ideje:	Garanciális idő:

A gyógyászati segédeszköz kiszolgálás helye és pontos címe:

Mellékelten csatolom

Megfelelőségi nyilatkozat, dokumentáció
Forgalomba hozó nyilatkozata az eszköz hasznos technológiai élettartamáról

Kelt:

év

hó

nap

.....
aláírás, bélyegző