

2022

SGK

2022

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU KAPSAMINDAKİ KİŞİLERİN
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ ÜYESİ ECZANELERDEN
İLAÇ TEMİNİNE İLİŞKİN PROTOKOL EKİ

TIBBİ MALZEME SÖZLEŞME METNİ

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İLE ECZACI ARASINDA İMZALANACAK SÖZLEŞME

Sosyal Güvenlik Kurumu ile **Eczane Adresi**

adresinde faaliyet gösteren **Eczane Adı**

Eczanesi sahibi ve mesul müdürü **Eczacı Adı**

arasında, Sosyal Güvenlik Kurumu ile Türk Eczacıları Birliğinin ortaklaşa imzaladıkları Protokol esaslarına uygun olarak hizmet sunulması amacıyla iş bu sözleşme yapılmıştır.

Bu sözleşme; Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlananların tabi oldukları mevzuat hükümleri çerçevesinde muayene ve tedavileri sonucunda düzenlenecek reçetelerdeki muhteviyatın **Eczane Adı**

Eczanesinden **01 / 10 / 2021** tarihinden itibaren protokolde belirlenen hükümlere göre alınmasını kapsar.

Kurum ile Türk Eczacıları Birliği arasında yapılacak Ek Protokol/Protokollerle düzenleme yapılması halinde, sözleşmeli eczaneler bu düzenlemelere uymakla yükümlüdür.

ECZANE **KAŞE**
İMZA

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

TC Kimlik No : **123.....**

Diploma No : **384.....**

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

Antalya BÖLGE ECZACI ODASI

DİKKAT:

6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununun 39. maddesinin j fıkrasına göre bastırılmış olup zeminde TRAMLI TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ AMBLEMİ, SERİ NUMARASI ve SOĞUK DAMGA taşımayan ve 2022 baskılı olmayan formlar geçerli değildir. Bu formun FOTOKOPİSİ Kurum tarafından kesinlikle kabul edilmeyecektir.

(Lütfen aşağıdaki ifadeyi el yazınızla KURUMA VERİLECEK nüshanın ön sayfasına yazarak kaşeleyniz ve imzalayınız.)

Protokol hükümlerini okudum, kabul ettim.

İMZA

Not: Sözleşmenin diğer tüm sayfalarını parafalayınız.

EK-6/1

SÖZLEŞME YAPMAK İÇİN ARANAN BELGELER FORMU

NO	BELGE ADI	AÇIKLAMA
1	Sözleşme Başvuru Formu	Bu Sözleşmenin Ekinde yer alan Ek-6/2 Formu
2	Eczane Mesul Müdürü imza sirküleri, Kimlik fotokopisi	Noter tarafından onaylanmış olmalıdır.
3	Eczane Mesul Müdürünün İl Sağlık Müdürlüğü tarafından düzenlenmiş mesul müdürlük belge ve eczane ruhsat fotokopisi	Noter onaylı/ Düzenleyen İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onay
4	Eczane Mesul Müdürüne ilişkin Adli sicil kaydını gösterir belge	Aslı
5	Eczane tarafından imzalanmış Ek te yer alan taahhüt	Aslı

Eczane Mesul Müdürünün Adı Soyadı: Eczacı Adı Soyadı Eczane Kaşesi KAŞE İmza: İMZA Tarih: 01.10.2021	Kontrolü Yapan Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı: Görevi: İmza: Tarih:
--	--

EK-6/2

SÖZLEŞME BAŞVURU FORMU	
Eczanenin Adı	Eczane Adı
Eczane Tanımlayıcı No	
Vergi Numarası	123456..... (veya TC Kimlik no)
İLETİŞİM BİLGİLERİ	
Cadde/Sokak	* burayı doldurunuz
Bina/Daire Numarası	* burayı doldurunuz
İlçe/Semt	* burayı doldurunuz
İl	* burayı doldurunuz
Posta Kodu	* burayı doldurunuz
Telefon Numarası – 1	* burayı doldurunuz
Telefon Numarası – 2	* burayı doldurunuz
Faks Numarası	* burayı doldurunuz
Elektronik Posta Adresi	* burayı doldurunuz
Eczane Mesul Müdürünün	Adı Eczacı Adı Soyadı Eczacı Soyadı
	İmzası İMZA
Tarih	01.10.2021

EK-6/3

ECZANE TAHHÜTNAMESİ

Kurumunuz tarafından sağlık hizmetleri karşılanan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakta yükümlü olduğu kişiler ile ikili sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde sağlık hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanan kişiler için sağlık hizmeti sunucular tarafından reçete ve sağlık raporu ile ihtiyaç gösterilen ve tarafımızca temin edilen malzemelerin, Hastaya intikalinde, ilgili hastanın Korunması Yasası ve yönetmeliklerinin öngördüğü şartları yerine getireceğimizi, Garanti belgesi, kullanma kılavuzuna sahip ürünlerin garanti belgesi ve kullanma kılavuzlarını hastaya vereceğimizi, Eczanemizden istenen her türlü bilgi ve belgeleri eksiksiz ve doğru olarak istenen süre içerisinde Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne intikal ettireceğimizi, Garanti süresi boyunca ve satış sonrası bakım, onarım hizmetlerini ve yedek parça teminini eczane aracılığı ile malzemenin bakım/onarım işlemleri ile ilgili servise ya da üretici/ithalatçı firmaya ulaştırılması ve geri gönderilmesi ile ilgili olarak nakliye, posta, kargo veya benzeri herhangi bir ulaşım giderinin hastadan talep edilmeksizin eksiksiz olarak tarafımızca yerine getireceğimizi, Genel sağlık sigortalılarına ait tıbbi bilgilerin gizliliği ile ilgili geçerli yasal gerekliliklere uymanın gerektiğini ve kişisel veri niteliğindeki bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmayacağımızı, Aksi halde, ithalat rejimi Kararları ve Yönetmeliği ile Hasta Kanununda öngörülen müeyyidelerin eczanemize uygulanmasını ve hakkımızda diğer lüzumlu tedbirlerin alınmasını kabul ve taahhüt ederiz. (Tarih) ...**01.10.2021**

Eczane Adı: **Eczane Adı**
Adresi: **Eczane Adresi**
Telefon numarası: **Eczane Telefon No**
Kaşe: **KAŞE**

Eczane Mesul Müdürünün **Eczacı Adı Soyadı**
Adı-Soyadı
İmza **İMZA**

İMZA

