

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İLE ECZACI ARASINDA  
İMZALANACAK TİP SÖZLEŞME  
1. KADEME - % 0 İNDİRİM**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, % 0 (yüzde sıfır) oranında indirim uygulanmak suretiyle alınmasını kapsar.

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

ECZANE

**KAŞE**

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

*İMZA*TC Kimlik No : **123.....** .....Diploma No : **384.....** .....

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

**Antalya**

BÖLGE ECZACI ODASI

(SOSYAL GÜVENLİK KURUMU KAPSAMINDAKİ KİŞİLERİN TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ ÜYESİ ECZANELERDEN İLAÇ TEMİNİNE İLİŞKİN PROTOKOL EK-1'dir.)

**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.

Eczacının Parafı: .....