

(SGK Sicil No)

1807.....

SGK

2020

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

2020

TIBBİ MALZEME SÖZLEŞME METNİ

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İLE ECZACI ARASINDA
İMZALANACAK SÖZLEŞME

Sosyal Güvenlik Kurumu ile *Eczane adresiniz*

adresinde faaliyet gösteren *Eczane adı*

Eczanesi sahibi *Eczacı adı* 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 ... **01.10.2020** tarihinden itibaren protokolda 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 :

Diploma No :

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

BÖLGE ECZACI ODASI

Lütfen aşağıdaki ifadeyi EL YAZINIZLA yazın

Protokol hükümlerini okudum, kabul ediyorum

imzalayın

İMZA

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: <i>Eczacı adı soyadı</i> Eczane Kaşesi: KAŞE İmza: <i>İMZA</i> Tarih: 01.10.2020	Kontrolü Yapan Kurum Yetkilisi Yetkilisi Personelin Adı Soyadı: Görevi: İmza: Tarih:
---	---

EK-6/2

SÖZLEŞME BAŞVURU FORMU

Eczanenin Adı	<i>Eczane adı</i>
Eczane Tanımlayıcı No	
Vergi Numarası	<i>123456...</i> (ve ya TC Kimlik no)
İLETİŞİM BİLGİLERİ	
Cadde/Sokak	<i>Eczane adresiniz</i>
Bina/Daire Numarası	
İlçe/Semt	<i>Eczane ilçesi</i>
İl	<i>Antalya</i>
Posta Kodu	
Telefon Numarası - 1	<i>0 555 555 55 55</i>
Telefon Numarası - 2	<i>0 555 555 55 55</i>
Faks Numarası	<i>0 555 555 55 55</i>
Elektronik Posta Adresi	<i>mail@mail.com</i>
Eczane Mesul Müdürünün Adı: <i>Eczacı adı</i> Soyadı: <i>Eczacı soyadı</i> İmzası: <i>İMZA</i> Tarih: 01.10.2020	

EK-6/3

ECZANETAAHHÜTNAMESİ

Kurumunuz tarafından sağlık hizmetleri karşılanan Genel Sağlık Sigortası ve bakımına yükümlü olduğu kişiler ile ilgili 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 Konumması 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 tarafımıza yerine getireceğini, Genel sağlık sigortalılarına ait tıbbi bilgilerin gizliliği ile ilgili geçerli yasal gerekliliklere uymanın gereğini ve kişisel veri niteliğindeki bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmayacağımızı, Aksi halde, İthalat rejimi Kararları ve Yönetmeliği ile Hasta Kanununda öngörülen müeyyidelerin eczaneimize uygulanmasını ve hakimimizde diğer tıbbi tedbirlerin alınmasını kabul ve taahhüt ederiz. (Tarih)

Eczane Adı: *Eczane adı*
Adresi: *Adres*
Telefon numarası: *0 555 555 55 55*
Kaşe: **KAŞE**

Eczane Mesul Müdürünün
Adı-Soyadı: *Eczacı adı soyadı*
İmza: *İMZA*

İMZA

KURUMA VERİLECEK