

2019

SGK

(SGK Sicil No)
1807.....

2019

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 SÖZLEŞMESosyal Güvenlik Kurumu ile *Varlık Mah. 100. yıl Cad. Muratpaşa*adresinde faaliyet gösteren *Ertekin*Eczanesi sahibi *Mehmet Ertekin* ve mesul müdürü
Mehmet Ertekin arasında, Sosyal GüvenlikKurumu 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 *Ertekin*Eczanesinden **01/04/2019** 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 :

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	Aşlı
5	Eczane tarafından imzalanmış Ek te yer alan taahhüt	Aşlı

Eczane Mesul Müdürünün Adı Soyadı: <i>Mehmet Ertekin</i> Eczane Kaşesi: KAŞE İmza: <i>İMZA</i> Tarih: 01.04.2019	Kontrolü Yapan Kurum Yetkilisi Yetkilisi Personelinin Adı Soyadı: Görevi: İmza: Tarih:
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

EK-6/2

SÖZLEŞME BAŞVURU FORMU

Eczanenin Adı	<i>Ertekin</i>		
Eczane Tanımlayıcı No			
Vergi Numarası	<i>123456... (ve ya TC Kimlik no)</i>		
İLETİŞİM BİLGİLERİ			
Cadde/Sokak	<i>Varlık Mah. 100.yıl Cad.</i>		
Bina/Daire Numarası			
İlçe/Semt	<i>Muratpaşa</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>Mehmet</i>	Soyadı <i>Ertekin</i>
	İmzası	<i>İMZA</i>	
Tarih	01.04.2019		

EK-6/3

ECZANETAAHHÜTNAMESİ

Kurumunuz tarafından sağlık hizmetleri karşılanan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla 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 raporları 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 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 gerektirdiğini ve kişisel veri niteliğindeki bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmayacağımızı, Aksi halde, İthalat rejimi Kararları ve Yönetmeliği ile Hasta Kanununda öngörülen müeyyidelerin eczaneimize uygulanmasını ve hakkımızda diğer tıbbi tedbirlerin alınmasını kabul ve taahhüt ederiz. (Tarih)

Eczane Adı: *Ertekin*
Adresi: *Varlık Mah. 100.yıl Cad. Muratpaşa*
Telefon numarası: *0 555 555 55 55*
Kaşe: **KAŞE**

Eczane Mesul Müdürünün
Adı-Soyadı: *Mehmet Ertekin*
İmza: *İMZA*

İMZA

KURUMA VERİLECEK