|  |  |
| --- | --- |
| **A NEOEMKI Kft. részére** | NEOEMKI tölti ki: |
| **1097 Budapest , Albert Flórián út 3/a**Tárgy:**Megbízás A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) társadalombiztosítási támogatásba való befogadásI ELJÁRÁSÁ-HOZ SZÜKSÉGES igazolás kiadására** | Érkeztetőbélyegző: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A kérelmező | neve: |  |
| címe: |  |
| A NEOEMKI-vel kapcsolattartó személy elérhetősége  | neve: |  |
| e-mail: |  |
| telefon: |  |
| A termék | neve: |  |
| ISO kódja: |  |
| kérelemben foglalt méretei: |  |
| kockázati osztálya\*: | Jelöljön ki egy elemet. |
| A gyártó  | neve: |  |
| címe: |  |
| A gyártó Európai Meghatalmazott Képviselőjének | neve: |  |
| címe: |  |

\*: orvostechnikai / IVD eszköz, 93/42/EEC irányelv szerint

A kérelem a 2006. évi XCVIII. törvény 32. § (2) bekezdés szerint nem orvostechnikai eszköznek minősülő gyógyászati segédeszköz árához nyújtható támogatás megállapítására, valamint már befogadott gyógyászati segédeszköz nevének megváltoztatására irányul.

Kérelmező szervezet, mint Megbízó megbízom a NEOEMKI Kft.-t, hogy a NEAK kérelemmel benyújtandó 14/2007. (III. 14.) EüM r. 2. § (6) bekezdésében előírt igazolást és javaslatot elkészítése. Vállalom, hogy az igazolásért kiszámlázott díjat (100.000 Ft + ÁFA) megfizetem.

**Kelt.:**

 **PH. ………………………………………………**

 **cégszerű aláírás**

**aláíró neve olvashatóan: ………………………………………………**