

## EP 016 A SZOLGÁLTATÓ TELEPHELYÉNEK ADATLAPJA

1/b. számú melléklet (A szerződés kötelező melléklete)

### 1 SZOLGÁLTATÓ ADATAI

Szolgáltató neve:\*

Székhelye (irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó):\*

Adószáma:\*

Cégjegyzékszám:\*

### 2 TELEPHELY ALAPADATAI

Telephely neve:\*

Szolgáltatásnyújtás helye (irányítószám, település, közterület, házszám, emelet, ajtó):\*

Önálló bankszámlaszám (amennyiben a szolgáltatóétól különböző):\*

Telefonszám:\*

Fax:\*

Honlap:\*

Egészségpénztári kapcsolattartó neve:\*

Mobiltelefonszám:\*

E-mail:\*

### 3 EGÉSZSÉ GKÁRTYA ELFOGADÁS\*\*

Egészségkártyával történő fizetés lehetséges

- az Egészségpénztár internetes oldalán elérhető Szolgáltatói Portálon keresztül vagy az Egészségpénztárral szerződött partnerek internetes oldalán történő zárolással
- telefonos engedélyezéssel az Egészségpénztár szolgáltatói ügyfélszolgálatán, munkanapokon 9:00–16:00 óra között (Voice authorizáció)
- POS terminálon keresztül történő zárolással, ehhez kérjük megadni az alábbi adatokat:

POS terminált kihelyező bank neve:\*

POS terminál száma:\*

POS terminált kihelyező bank neve:\*

POS terminál száma:\*

POS terminált kihelyező bank neve:\*

POS terminál száma:\*

### 4 ELEKTRONIKUS SZÁMLÁZÁS\*\*\*

Elektronikus számlázás EDI-n keresztül

### 5 GYÓGYSZERTÁR/PATIKA TELEPHELY ESETÉN\*

Gyógyszertár OEP kódja:\*

Kérjük, az Ön által használt patika-szoftver gyártójának nevét jelölje meg!

Novodata  Microszervíz  LX-Line  Pharmachip

Corvax  HC Pointer  Quadro Byte  Optrá

Egyéb:\*

Szolgáltató cégszerű aláírása

\* Az adatok kitöltése kötelező.

\*\* A jelölés csak a 3. sz. melléklet aláírásával együtt érvényes.

\*\*\* A jelölés csak a 3. és 4. sz. melléklet aláírásával együtt érvényes.