

EP 016 A SZOLGÁLTATÓ TELEPHELYÉNEK ADATLAPJA

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

1 TELEPHELY ALAPADATAI

Telephely neve:*

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

Önálló bankszámlaszáma (amennyiben a Szolgáltatóétól különböző):*

Telefonszám: _____ Fax: _____

Honlap: _____

Egészségpénztári kapcsolattartó neve: _____

Mobiltelefonszám: _____ E-mail:*

2 EGÉSZSÉ GKÁRTYA ELFOGADÁS**

Egészségkártyával történő fizetés lehetséges

- az Egészségpénztár internetes oldalán elérhető Szolgáltatói Portálon keresztül történő zárolással (Virtuális POS);
- 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: _____

3 ELEKTRONIKUS SZÁMLÁZÁS***

Elektronikus számlázás EDI-n keresztül

4 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: _____

* 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.