

**EP 016 A SZOLGÁLTATÓ TELEPHELYÉNEK ADATLAPJA**

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

A mellékletben a szolgáltatásnyújtás helyének (telephely) adatait kell feltüntetni. Több telephely esetén az üres adatlap másolható.

**1 TELEPHELY ALAPADATAI**

Telephely neve: \_\_\_\_\_

Szolgáltatásnyújtás helye (irányítószám, település, közterület, házsám, 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 autorizáció)
- 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       Optra

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.