

2020

2020

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU KAPSAMINDAKİ KİŞİLERİN
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ ÜYESİ ECZANELERDEN İLAÇ TEMİNİNE
İLİŞKİN PROTOKOL METNİ

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İLE ECZACI ARASINDA
İMZALANACAK TİP SÖZLEŞME
1. KADEME - % 0 İNDİRİM

Sosyal Güvenlik Kurumu ile ECZANE ADRESİ

adresinde faaliyet gösteren ECZANE ADI

Eczanesi sahibi ve mesul müdürü ECZACI AD SOYAD

arasında, Sosyal Güvenlik Kurumu 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, ECZANE ADI Eczanesinden 01/10/2022 tarihinden itibaren protokolda belirlenen hükümlere göre, % 0 (yüzde sıfır) oranında indirim uygulanmak suretiyle alınmasını kapsar.

Kurum ile Türk Eczacıları Birliği arasında yapılacak Ek Protokol/Protokollerle düzenleme yapılması halinde, sözleşmeli eczaneler bu düzenlemelere uymakla yükümlüdür.

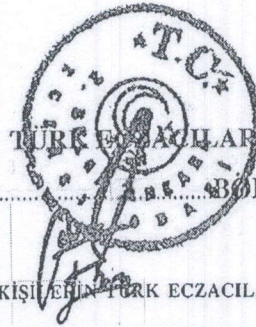
ECZANE

ECZANE KAŞESİ
ECZACI İMZASI

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

TC Kimlik No : 12345678901

Diploma No : 1.2.3



TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

BÖLGE ECZACI ODASI

(SOSYAL GÜVENLİK KURUMU KAPSAMINDAKİ KİŞİLERİN TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ ÜYESİ ECZANELERDEN İLAÇ TEMİNİNE İLİŞKİN PROTOKOL EK-1'dir.)

Uzm. Ecz. Tamer ERCANLI
Başkan

DİKKAT:

6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununun 39. maddesinin j fıkrasına göre bastırılmış olup zeminde TRAMLI TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ AMBLEMİ, SERİ NUMARASI ve SOĞUK DAMGA taşımayan ve 2020 baskılı olmayan formlar geçerli değildir. Bu formun

PROTOKOL HÜKÜMLERİNİ OKUDUM, KABUL ETTİM.

(DİĞER NÜSHALARDA SADECE PARAF)

ECZANE KAŞESİ
ECZACI İMZA

KURUMA VERİLECEK

2020

SGK

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU KAPSAMINDAKİ KİŞİLERİN
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ ÜYESİ ECZANELERDEN
İLAÇ TEMİNİNE İLİŞKİN PROTOKOL EKİ

2020

TIBBİ MALZEME SÖZLEŞME METNİ

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İLE ECZACI ARASINDA
İMZALANACAK SÖZLEŞME

Sosyal Güvenlik Kurumu ileECZANE ADRESİ.....

adresinde faaliyet gösteren.....ECZANE ADI.....

Eczanesi sahibi ve mesul müdürüECZACI ADI.....SOYAD.....

arasında, Sosyal Güvenlik Kurumu 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 muhteviyatınECZANE ADI.....

Eczanesinden 01/10/2020 tarihinden itibaren protokolda 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

ECZANE KAŞESİ
ECZACI İMZA

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

TC Kimlik No : 12345678901

Diploma No : 123

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

29. BÖLGE ECZACI ODASI

DİKKAT:

6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununun 39. maddesinin j fıkrasına göre bastırılmış olup zeminde TRAMLI
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ AMBLEMİ, SERİ NUMARASI ve SOĞUK DAMGA taşımayan ve 2020 baskılı
olmayan formlar geçerli değildir. Bu formun FOTOKOPİSİ Kurum tarafından kesinlikle kabul edilmeyecektir.

PROTOKOL HÜKÜMLERİNİ OKUDUM, KABUL ETTİM.

ECZANE KAŞESİ
ECZACI İMZA

SÖZLEŞME YAPIMAK 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	Kontrolü Yapan Kurum Yetkilisinin
Adı Soyadı: ECZACI AD SOYAD	Adı Soyadı:
Eczane Kaşesi: ECZANE KAŞESİ	Görevi:
İmza: ECZACI İMZA	İmza:
Tarih: 01.10.2020	Tarih:

EK-6/2

SÖZLEŞME BAŞVURU FORMU

Eczanenin Adı	ECZANE ADI			
Eczane Tanımlayıcı No	266726 - - - -			
Vergi Numarası	VERGİ NUMARASI YA DA T.C. KİMLİK NUMARASI			
İLETİŞİM BİLGİLERİ				
Cadde/Sokak	ECZANE CADDE VE SOKAĞI			
Bina/Daire Numarası	ECZANE BİNA VE DAİRE NUMARASI			
İlçe/Semt	ECZANE İLÇE VE SEMTİ			
İl	ECZANE İL			
Posta Kodu	000 (POSTA KODU)			
Telefon Numarası - 1	05.			
Telefon Numarası - 2	0			
Faks Numarası	0			
Elektronik Posta Adresi	@....			
Eczane Mesul Müdürünün	Adı	ECZACI AD	Soyadı	ECZACI SOYAD
	İmza	ECZACI İMZA		
Tarih	01.10.2020			

EK-6/3

ECZANE TAHHÜTNAMESİ

Kurumumuz tarafından sağliq hizmetleri karşılaman Genel Sağliq Sigortaları ve bakımında yükümlü olduğü kişiler ile ilgili sosyal güvenliq sözleşmelerini gerçesinde sağliq hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılaman kişiler için sağliq hizmeti sunucuları tarafından reçete ve sağliq raporu ile ihtiyaç gösterilen ve tarifimıza tetmin edilen malzemelerin, Hastaya indiklerinde, ilgili hastaların Korunması Yasası ve yönetmeliklerinin öngördüğü şartları yerine getireceğimize, Garanti belgesi, kullanım kılavuzuna sahip ürünlerin garanti belgesi ve kullanım kılavuzlarını hastaya vereceğimize, Eczanemizden istenen her türlü bilgi ve belgeleri eksiksiz ve doğru olarak istenen süre içerisinde Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne intikal ettireceğimize, 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/tedarikçi firmaya ulaştırılması ve geri gönderilmesi ile ilgili olarak nakliye, posta, kargo veya benzeri herhangi bir ulaşım giderinin hastadan talep edilmeksizin eksiksiz olarak tarafımıza yerine getireceğimize, Genel sağliq sigortalılarına ait tıbbi bilgilerin güdüğü ile ilgili geçerli yasal gerekliliklere uymanın gerektirğini ve kişisel veri ritelindeki bilgilerini üçüncü kişilere paylaşmayacağımıza, Aksi takdirde, İhtilaf rejimi Kararları ve Bütçesizliği ile Hastalarımızın öngörülen müeyyidelerin eczanemize uygulanmasını ve haldimızda diğer kurumsal tedbirlerin alınmasını kabul ve taahhüt ederiz. (Tarih: **01.10.2020**)

Eczane Adı: **ECZANE ADI**
 Adres: **ECZANE ADRESİ**
 Telefon numarası: **05.**
 Kaşe: **ECZANE KAŞESİ**

Eczane Mesul Müdürünün

Adı-Soyadı
İmza**ECZACI AD SOYAD**
ECZACI İMZAEczanenin Parafı: **ECZACI İMZA**