

2020

SGK

2020

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

TIBBİ MALZEME SÖZLEŞME METNİ

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İLE ECZACI ARASINDA İMZALANACAK SÖZLEŞME

Sosyal Güvenlik Kurumu ile ECZANE ADRESİadresinde faaliyet gösteren ECZANE ADIEczanesi 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 01/10/2020 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 : 12345678901Diploma No : 123

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

II

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 YAPMAK 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	Aslı
5	Eczane tarafından imzalanmış Ek te yer alan taahhüt	Aslı

Eczane Mesul Müdürünün Adı Soyadı: ECZACI AD SOYAD Eczane Kaşesi: ECZANE KAŞESİ İmza: ECZACI İMZA Tarih: 01.10.2020	Kontrollü Yapan Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı: Görevi: İmza: 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	06 000 (POSTA KODU)			
Telefon Numarası - 1	05.			
Telefon Numarası - 2	0312 / 0318.			
Faks Numarası	0312 / 0318.			
Elektronik Posta Adresi@.....			
Eczane Mesul Müdürünün	Adı	ECZACI AD	Soyadı	ECZACI SOYAD
	İmzası	ECZACI İMZA		
Tarih	01.10.2020			

EK-6/3

ECZANE TAHHÜTNAMESİ

Kurumunuz tarafından sağlık hizmetleri karşılanan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakımla yükümlü olduğu kişiler ile ikili sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde sağlık hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanan kişiler için sağlık hizmeti sunucularından reçete ve sağlık raporu ile ihtiyaç gösterilen ve tarafımızca temin edilen malzemelerin, Hastaya intikalinde, ilgili hastanın Korunması Yasası ve yönetmeliklerinin öngördüğü şartları yerine getireceğimizi, Garanti belgesi, kullanma kılavuzuna sahip ürünlerin garanti belgesi ve kullanma kılavuzlarını hastaya vereceğimizi, Eczanemizden istenen her türlü bilgi ve belgeleri eksiksiz ve doğru olarak istenen süre içerisinde Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne intikal ettireceğimizi, 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/ithalatçı firmaya ulaştırılması ve geri gönderilmesi ile ilgili olarak nakliye, posta, kargo veya benzeri herhangi bir ulaşım giderinin hastadan talep edilmeksizin eksiksiz olarak tarafımıza yerine getireceğimizi, Genel sağlık sigortalılarına ait tıbbi bilgilerin gizliliği ile ilgili geçerli yasal gerekliliklere uymamız gerektiğini ve kişisel veri niteliğindeki bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmayacağımızı, Aksi halde, ithalat rejimi Kararı ve Yönetmeliği ile Hasta Kanununda öngörülen müeyyidelerin eczanemize uygulanmasını ve hakkımızda diğer kısımlu tedbirlerin alınmasını kabul ve taahhüt ederiz. (Tarih) **01 / 10 / 2020**

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

Eczane Mesul Müdürünün

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