

2022

SGK

2022

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

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İLE ECZACI ARASINDA
İMZALANACAK TİP SÖZLEŞME
2. KADEME - % 0,75 İNDİRİM

002895

Serl No: SGK-2022-0-

Sosyal Güvenlik Kurumu ile *Eczane Adresi*

adresinde faaliyet gösteren *Eczane Adı*

Eczanesi sahibi ve mesul müdürü *Eczacı Adı*

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 Adı* Eczanesinden *01/10/2021* tarihinden itibaren protokolle belirlenen hükümlere göre, % 0,75 (yüzde sıfır virgül yetmişbeş) 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 Kaşe – İmza

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

TC Kimlik No : *Eczacı TC*

Diploma No : *Eczacı Diploma No*

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

12.

BÖLGE ECZACI ODASI

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

DİKKAT:

Diğer nüshalar ve sözleşme içleri imza ile geçerli

formlar geçerli değildir. Bu formun

Protokol hükümlerini okudum ve kabul ettim - İMZA

Eczacılar "PROTOKOL HÜKÜMLERİNİ OKUDUM VE KABUL ETTİM" şeklinde el yazısı ile beyan ve imzalıdır.

KULLANMA VERİLECEK

2022

SGK

2022

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 Adresi*

adresinde faaliyet gösteren *Eczane Adı*

Eczaesi sahibi ve mesul müdürü *Eczacı Adı*

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 Adı*

Eczaesinden *01.10.2021* 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 Kaşe – İmza

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

TC Kimlik No : *Eczacı TC*

Diploma No : *Eczacı Diploma No*

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

12.

BÖLGE ECZACI ODASI

Diğer nüshalar ve sözleşme içleri imza ile geçilir

bu sözleşme zeminde TRAMLI
taşımayan ve 2022 baskılı
ve kabul edilmeyecektir.

Protokol hükümlerini okudum ve kabul ettim - İMZA

Eczaenin "PROTOKOL HÜKÜMLERİNİ OKUDUM VE KABUL ETTİM" şeklinde el yazısı ile beyanı ve imzası.

014783

Serl No: SGK-Ek6-2022-0-

KURUMA VERİLECEK

EK-6/1

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	Kontrolü Yapan Kurum Yetkilisinin
Adı Soyadı: Eczacı Adı - Soyadı	Adı Soyadı:
Eczane Kaşesi: Kaşe	Görevi:
İmza: İmza	İmza:
Tarih: 01.10.2021	Tarih:

EK-6/2

SÖZLEŞME BAŞVURU FORMU

Eczanenin Adı	Eczane Adı
Eczane Tanımlayıcı No	266.....
Vergi Numarası	
İLETİŞİM BİLGİLERİ	
Cadde/Sokak	
Bina/Daire Numarası	
İlçe/Semt	
İl	
Posta Kodu	
Telefon Numarası - 1	
Telefon Numarası - 2	
Faks Numarası	
Elektronik Posta Adresi	
Eczane Mesul Müdürünün	Adı Eczacı Adı Soyadı Eczacı Soyadı
	İmzası İmza
Tarih	01.10.2021

EK-6/3

ECZANE TAHHÜTNAMESİ

Kurumunuz tarafından sağlık hizmetleri karşılanan Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakta yükümlü olduğu kişiler ile ikili sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde sağlık hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanan kişiler için sağlık hizmeti sunucular tarafından 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 belgeyi 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 getirileceğini, Genel sağlık sigortalılarına ait tıbbi bilgilerin gizliliği ile ilgili geçerli yasal gerekliliklere uymanın gerektiğini ve kişisel veri niteliğindeki bilgilerini üçüncü kişilere paylaşmayacağımızı, Aksi halde, İthalat rejimi Kararları ve Yönetmeliği ile Hasta Kanununda öngörülen müeyyidelerin eczaneimize uygulanmasını ve hakkımızda diğer lüzumlu tedbirlerin alınmasını kabul ve taahhüt ederiz. (Tarih) **01.10.2021**

Eczane Adı: **Eczane Adı**
Adresi: **Eczane Adresi**
Telefon numarası: **Eczane Telefonu**
Kaşe: **Eczane Kaşe**

Eczacı Adı Soyadı
İmza
Eczane Mesul Müdürünün
Adı-Soyadı
İmza

Eczacının Parafı:

**Medikal Sözleşmede işlerdeki
2. , 4. ve 5. sayfalar doldurulmalıdır**