

Szolgáltatói adatlap változás bejelentéséhez

Kérjük, szíveskedjen a nyomtatványt nyomtatott nagybetűkkel kitölteni, a vastag betűvel jelölt adatokat feltétlenül megadni, valamint a megfelelő négyzeteket X-szel megjelölni.

1. Szerződött szolgáltató adatai

Szolgáltató neve:

Adószáma:

Az adószám első 8 karakterének változása esetén új szerződést kell kitölteni!

Bankszámlaszáma:

(A bankszámlaszám megadására az elszámoltatni kívánt készpénzes számlák ellenértékének átutalásához van szükség)

Székhely címe:

(irányítószám, település, közterület neve, jellege, házzszám)

Értesítési címe:

(irányítószám, település, közterület neve, jellege, házzszám)

Honlap címe:

A Pénztár tagjainak termékek/szolgáltatások árából-tól.....-ig % állandó kedvezményt biztosítok*.

* Szolgáltató keresőben megjelenő adat

Kapcsolattartó adatai

Név:

Telefon:

Email:

Szolgáltatói portál hozzáféréshez jogosult kapcsolattartó adatai

Név:

Telefon:

Email:

2. Telephely/Fióktelep adatainak módosítása

új jelölés

módosítás

Elfogadóhely / Üzlet / Gyógyszertár neve*:

Elfogadóhely / Üzlet / Gyógyszertár címe*:

(irányítószám, település, közterület neve, jellege, házzszám)

Elfogadóhely / Üzlet / Gyógyszertár értesítési címe*:

(irányítószám, település, közterület neve, jellege, házzszám)

Elfogadóhely / Üzlet / Gyógyszertár telefonszáma*: Fax:

Elfogadóhely / Üzlet / Gyógyszertár e-mail címe*:

Elfogadóhely / Üzlet / Gyógyszertár honlapcíme*:

Elfogadóhely / Üzlet / Gyógyszertár bankszámlaszáma:

POS azonosító száma (8 karakter): Terminált kihelyező bank neve:

POS azonosító száma (8 karakter): Terminált kihelyező bank neve:

POS azonosító száma (8 karakter): Terminált kihelyező bank neve:

VPOS terminál azonosító: Webshop IP cím:

Telefonos engedély számot igényel: Igen Nem

3. Elektronikus (EDI) számlázással kapcsolatos adatok

Kizárólag Gyógyszertárakra vonatkozóan kell kitölteni már megkötött szerződés esetén, amennyiben csatlakozni kíván az EDI rendszerhez!

Gyógyszertár csatlakozik-e az EDI rendszerhez: Igen Nem

Az EDI számlázási rendszerhez történő csatlakozással – amennyiben a hatályos szolgáltatói szerződésben nem választotta az EDI opciót – úgy jelen nyilatkozatával (annak Pénztár általi regisztrációjával és a technikai feltételek megteremtésével) a szerződés EDI számlázásra vonatkozó rendelkezései hatályba lépnek.

Gyógyszertár OEP kódja:

(hat számjegyű 2 szám megyekód + 4 szám patikakód)

Gyógyszertár rendszergazdája:

4. Aláírás

Kelt:, 20.....

P.H.

cégszerű aláírás

Tájékoztató: Amennyiben bármi változás történt a szerződésében megadott adataiban (pl.: telephely, új üzlet, elérhetőség), úgy jelen nyomtatványt kitöltve és aláírva szíveskedjen megküldeni a változást követő 5 munkanapon belül szkennelve az info@otpep.hu e-mail címre, faxon a +36 1 429 7478-as fax számra vagy levélben a 1369 Budapest 5 Pf.: 362 levelezési címre. Továbbá felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a vállalkozás/cég formája változott (pl.: Betéti Társaság átalakulása Korlátolt Felelősségű Társasággá) úgy új szerződést kell kötnie az OTP Országos Egészség- és Önszegélyező Pénztárral, melyet honlapunk "Nyomtatványok" menüpontjából érhet el. A szerződést kitöltés és cégszerű aláírás után két eredeti példányban kell megküldenie a fenti levelezési címre.