

2025

SGK

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

2025

TIBBİ MALZEME SÖZLEŞME METNİ

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İLE ECZACI ARASINDA
İMZALANACAK SÖZLEŞME

Seri No: SGK-Ek6-2025

Sosyal Güvenlik Kurumu ile **ECZANE ADRESİ**adresinde faaliyet gösteren **ŞİFA**Eczanesi sahibi ve mesul müdürü **Melisa Dinger**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 **ŞİFA**Eczanesinden **01**...**10**...**2024** tarihinden itibaren protokolde 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

KAŞE

İMZA

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

Eczacı TC Kimlik No : **233637**....Diploma No : **1253**Sgk sicil no : **1859**.....

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

BÖLGE ECZACI ODASI

(Lütfen aşağıdaki ifadeyi el yazınızla KURUMA VERİLECEK nüshanın ön sayfasına yazarak kaşeleyiniz ve imzalayınız.)

Protokol hükümlerini okudum, kabul ettim. İMZA

Not: Sözleşmenin diğer tüm sayfalarını paraflayınız.

Tıbbi Malzeme Sözleşmesinin 5. sayfasını aşağıdaki gibi doldurunuz.

EK-5/1

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	Adli
5	Eczane tarafından imzalanmış Ek te yer alan taahhüt	Adli

Eczane Mesul Müdürünün Adı Soyadı: Melisa Dinçer Eczane Kaşesi: KASE İmza: İMZA Tarih:	Kontrolü Yapan Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı: Görevi: İmza: Tarih:
---	--

EK-5/2

SÖZLEŞME BAŞVURU FORMU

Eczanenin Adı	ŞİFA		
Eczane Tanımlayıcı No	266-267		
Vergi Numarası	123456... (ve ya TC Kimlik no)		
İLETİŞİM BİLGİLERİ			
Cadde/Sokak	Sedef Sok:		
Bina/Daire Numarası	No:13		
İlçe/Semt			
İl	Tekirdağ		
Posta Kodu	59000		
Telefon Numarası - 1	0 555 555 55 55		
Telefon Numarası - 2	0 555 555 55 55		
Faks Numarası	0 555 555 55 55		
Elektronik Posta Adresi	mail@asil.com		
Eczane Mesul Müdürünün Adı	Melisa	Soyadı	Dinçer
İmzası	İMZA		
Tarih			

EK-5/3

ECZANE TAHHÜTNAMESİ

Kurumunuz tarafından sağlık hizmetleri karışılan Genel Sağlık Sigortası ve bakımakla yükümlü olduğu kişiler ile ilköli sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde sağlık hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karışılan kişiler için sağlık hizmeti sunucuları tarafından reçete ve sağlık raporı ile ihtiyaç gösterilen ve tedavimiza temin edilen malzemelerin, Hastaya intikalinde, ilgili hastanın Kurumunza Yönelik ve Yönetimliklerinin öngördüğü şartları yerine getireceğimizi, Garanti belgesi, kullanım kılavuzuna sahip ürünlerin garanti belgesi ve kullanım 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 veya edilecek parça teminini eczane aracılığı ile malzemenin bakım / onarım işlemleri ile ilgili servise ya da üretici / tedarikçi firmaya ulaştıracağız 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 gözetilimi ile ilgili geçerli yasal gerekliliklere uymanın gereğini ve kişisel veri niteliğindeki bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmayacağımızı, Akıllı telefon ve Yönetimlikli ile Hasta Kanununda öngörülen müeyyidelerin eczanemize uygulanmasını ve halkımızda diğer ilümlü tedbirlerin alınmasını kabul ve taahhüt ederiz. (Tarih)/...../.....

Eczane Adı:

Adresi:

Telefon numarası:

Kaşe

ŞİFA

Calıncıya Mah. Sokullu Sok. No:13 Balıkesir

0 555 555 55 55

KASE

Eczane Mesul Müdürünün
Adı-Soyadı
İmza

Fatma Seherli
İMZA

Eczanın Parafı:

Not: Sözleşmenin tüm sayfalarını parafalayınız.