Образец

**ДОПЪЛНИТЕЛНО СПОРАЗУМЕНИЕ**

**№ ………….**

**към**

**ДОГОВОР ЗА ОТПУСКАНЕ НА**

**ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ НА ВОЕННОИНВАЛИДИТЕ И ВОЕННОПОСТРАДАЛИТЕ ПО ЧЛ.4, т.1 и 4 от ЗВВ**

**№……………………………**

Днес, ………….................. 202… г., в гр. ……………................................, между

НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА, гр. София 1407, ул. “Кричим” №1, БУЛСТАТ: 121858220,

представлявана на основание чл. 20, ал.1, т.1 от ЗЗО от …………………………………………………………………………………………….. -

директор на Районна здравноосигурителна каса - гр. …………………………………..

Седалище и адрес на РЗОК: гр./с. .................. ул. №.........................................................

тел. ........................................ факс: ............................. e-mail..............................................

наричана за краткост по-долу „ВЪЗЛОЖИТЕЛ“ – от една страна

и ................................................................................................................................................

*(наименование, вид на търговеца, седалище и адрес на управление на лицето,*

*получило разрешение за търговия на дребно с лек. продукти)*

представляван от …..............................................................................................................

*(имена по документ за самоличност)*

в качеството му на …………………………………………………………………………

ЕИК на търговеца ...............................................................................................................

Банкова сметка:

Банка: ……………………………………………………………………………………….

Адрес на банката: …………………………………………………………………………..

BIC…………………………………………………………………………………………..

IBAN………………………………………………………………………………………...

Тел./факс№……………………e-mail…………………………….......................................

притежаващ разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека

№/дата ..................................................., издадено от ……………………………………..

Адрес на аптеката:

област......................................................... община ............................................................

Населено място: гр./с. .................. ул. №......................................................................

тел. ........................................ факс: ............................................................

ръководител на аптеката ..................................................

маг.фарм.............................................................................................................................,

*(имена по документ за самоличност)*

УИН на магистър-фармацевта – ръководител на аптеката 🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌

Адрес за кореспонденция (на търговеца): …………………………………………………….....

Телефон ……………………………факс: ……………………………………

E-mail ………………………………моб. телефон..………………………….

Регистрационен № на аптеката в РЗОК

наричан по-долу за краткост „ИЗПЪЛНИТЕЛ“ – от друга страна,

на основание чл. 2, ал. 2 и чл. 30 от Договор за отпускане на лекарствени продукти на военноинвалидите и военнопострадалите по чл.4от ЗВВ във връзка с чл. 15, ал. 2 от Закона за военноинвалидите и военнопострадалите и чл.29, ал.4 от Закона за здравното осигуряване, във връзка с §7 от ПЗР на Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2022 г., се сключи настоящото допълнително споразумение №………....... към същия, за следното:

**§1.** (1) Страните се споразумяват, на основание чл. 2 ал. 2 от Договора, срокът на действие на същия се удължава до 31.12.2023 г.

(2) Настоящото допълнително споразумение влиза в сила от 01.01.2023 г.

**§2.** В случай, че по време на действие на настоящото допълнително споразумение бъде приет Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2023 г., страните се съгласяват да предприемат всички необходими правни и фактически действия за привеждането му в съответствие с приетия Закон.

Настоящото допълнително споразумение се състави и подписа в два еднообразни екземпляра – по един за всяка от страните.

**ЗА РЗОК: ЗА ИЗПЪЛНИТЕЛЯ:**

**……………………………**

**ДИРЕКТОР:**

 **………………………**

**ГЛ.СЧЕТОВОДИТЕЛ:**

*(подпис и печат)*

**ЮРИСКОНСУЛТ:**

 **РЪКОВОДИТЕЛ**

 **НА АПТЕКАТА:**

................................

*(подпис на ръководителя и печат на аптеката)*