класификация на информацията

ниво 0 ТLР-WHITE

**25 ГОДИНИ**

## НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

##### София 1407, ул. “Кричим” № 1 [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg) тел: +359 2 9659301

 *ОБРАЗЕЦ*

ДОПЪЛНИТЕЛНО СПОРАЗУМЕНИЕ

№………….........…/…....……………..г.

към

ДОГОВОР

№ …………......……/………………….. 2014 г.

**ЗА ОТПУСКАНЕ НА**

## ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ НА ВЕТЕРАНИТЕ ОТ ВОЙНИТЕ

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 от Договора, се сключи настоящото допълнително споразумение за следното:

**§1.** (1)Страните се споразумяват,че срокът на действие на Договора се удължава до 31.12.2025 г.

(2) Настоящото допълнително споразумение влиза в сила от 01.01.2025 г.

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

**ЗА РЗОК: ЗА ИЗПЪЛНИТЕЛЯ:**

**…………………………… ………………………........**

**ДИРЕКТОР:** *(подпис и печат)*

**ГЛ. СЧЕТОВОДИТЕЛ:**

**ЮРИСКОНСУЛТ:**

 **РЪКОВОДИТЕЛ**

 **НА АПТЕКАТА:**

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

*(подпис на ръководителя и печат*

*на аптеката)*