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**

**№ ………….....**

**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 във връзка с §7 от ПЗР на Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2024 г. (обн., ДВ, бр. 106 от 22.12.2023 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 31.12.2025 г.

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

Настоящото допълнително 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)*