

# PÁLYÁZAT

## I. PÁLYÁZAT TÁRGYA

A praxisjogukat értékesíteni kívánó házi orvosok pótlása, a betöltetlen szolgálatok számának csökkenése, illetve a lakosság folyamatos házi orvosi ellátásának biztosítása érdekében házi orvosi praxisjog vásárlásának támogatása

## II. PÁLYÁZÓ HÁZIORVOSI/FOGORVOSI TEVÉKENYSÉG VÉGZÉSÉRE JOGOSULT SZEMÉLY ADATAI

Név:		
Születési hely, idő:		
Anyja neve:		
Személyi ig.szám:		
Lakcíme:		
Levelezési címe: (ha eltér a lakcímétől)		
Elérhetőség:	Telefonszám:	Email cím:
Pecsétszám:		

## III. BETÖLTENI KÍVÁNT HÁZIORVOSI/FOGORVOSI SZOLGÁLAT CÍME

Betöltetlen szolgálat 9 jegyű kódja (HSZ kód <sup>1</sup> )	Irányító- szám	Település megnevezése	Utca, házsám

## IV. A SZOLGÁLATBAN TÖRTÉNŐ HÁZIORVOSI TEVÉKENYSÉG KEZDETÉNEK TERVEZETT IDŐPONTJA

--

## V. A HÁZIORVOSI TEVÉKENYSÉGÉT EGYÉNI VÁLLALKOZÓKÉNT KÍVÁNJA VÉGEZNI?

*nem*  *igen*

## VI. A PÁLYÁZAT MELLÉKLETEI

<sup>1</sup> Házi orvosi szolgálat kódja (HSZ kód) megtalálható: [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu)/Lakosságnak/Szerződött szolgáltatók/Házi orvosi szolgálatok

1. Nyilatkozat a pályázati feltételek elfogadásáról (nyilatkozat letölthető: [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu))
2. A praxisjog vásárlására vonatkozó, a pályázati kiírást követően kötött adásvételi szerződés vagy előszerződés, melynek tartalma szerint a praxisjog vételára, vagy a vételárhátralék összege eléri a pályázott támogatás összegét
3. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal igazolása arra vonatkozóan, hogy a pályázó a pályázat kiírását megelőző két éven belül nem rendelkezett az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal
4. A megvásárolt praxisjoggal ellátni kívánt háziiorvosi körzetet fenntartó önkormányzat szándéknyilatkozata arra vonatkozóan, hogy egészségügyi szolgáltatóként a pályázót háziiorvosként alkalmazza, vagy a pályázó személyes közreműködésével működő egészségügyi szolgáltatóval legalább 4 éves időtartamra feladat-ellátási szerződést köt
5. A Magyar Orvosi Kamara által a pályázó érvényes tagsága tárgyában kiállított igazolása
6. A pályázó képzettségét igazoló dokumentumok másolati példányai
7. A pályázó szakmai önéletrajza
8. A pályázó 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványa a büntetlen előélet, valamint annak igazolására, hogy nem áll foglalkozástól eltiltás hatálya alatt
9. Nyilatkozat a pályázó összeférhetetlenség, illetve érintettség fennállására, vagy hiányára vonatkozóan (a nyilatkozat letölthető: [www.kozpenzpalyazat.gov.hu](http://www.kozpenzpalyazat.gov.hu))
10. A pályázó érintettsége esetén az érintettségéről szóló közzétételi kérelem (a közzétételi kérelem letölthető: [www.kozpenzpalyazat.gov.hu](http://www.kozpenzpalyazat.gov.hu)).

**Kelt:** ....., ..... év ..... hó ..... nap

.....  
**pályázó aláírása**