

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 TEVÉKENYSÉG VÉGZÉSÉRE JOGOSULT SZEMÉLY ADATAI	
Név:	
Születési név:	
Születési hely, idő:	Állampolgársága:
Anyja neve:	
Személyi ig.szám:	
Adószáma:	TAJ száma:
Lakcíme:	
Levelezési címe: (ha eltér a lakcímtől)	
Elérhetőség:	Telefonszám: Email cím:
Pecsétszám:	

III. A MEGVÁSÁROLT PRAXISJOGGAL ELLÁTNI KÍVÁNT HÁZIORVOSI SZOLGÁLAT CÍME			
A szolgálat 9 jegyű kódja (HSZ kód/FIN kód ¹)	Irányító- szám	Település megnevezése	Utca, házszám

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

V. A HÁZIORVOSI TEVÉKENYSÉGÉT EGYÉNI VÁLLALKOZÓKÉNT KÍVÁNJA VÉGEZNI?	<input type="checkbox"/> <i>nem</i> <input type="checkbox"/> <i>igen</i>
--	--

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

VI. A PÁLYÁZAT MELLÉKLETEI

1. Nyilatkozat a pályázati feltételek elfogadásáról (nyilatkozat letölthető: 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 (másolati példányok)
3. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ 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 (eredeti és másolati példány) (kérelem letölthető: www.oali.hu)
4. A megvásárolt praxisjoggal ellátni kívánt körzetet fenntartó önkormányzat szándéknyilatkozata arra vonatkozóan, hogy egészségügyi szolgáltatóként a pályázót háziorvosként/fogorvosként alkalmazza, vagy a pályázó személyes közreműködésével működő egészségügyi szolgáltatóval legalább 4 éves időtartamra feladat-ellátási szerződést köt (eredeti és másolati példány)
5. A Magyar Orvosi Kamara által a pályázó érvényes tagsága tárgyában kiállított igazolása (eredeti és másolati példány)
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 (eredeti és másolati példány)
9. Nyilatkozat a pályázó összeférhetetlenség, illetve érintettség fennállására, vagy hiányára vonatkozóan (a nyilatkozat letölthető: www.kozpenzpalyazat.gov.hu)
10. A pályázó érintettsége esetén az érintettségéről szóló közzétételi kérelem (a közzétételi kérelem letölthető: www.kozpenzpalyazat.gov.hu).

Kelt:,év.....hó.....nap

.....
pályázó aláírása