

NYILATKOZAT

a 2019. évi pályázati feltételek elfogadásáról

Alulírott

Név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
Személyi igazolvány száma:	
Lakcíme:	
Pecsétszám:	

a legalább 12 hónapja betöltetlen háziorvosi és fogorvosi körzeteket betöltő háziorvosok és fogorvosok letelepedésének támogatása, ezáltal az ott élő lakosság folyamatos háziorvosi és fogorvosi ellátásának biztosítása, az alapellátás (háziorvosi és fogorvosi ellátás) magasabb színvonalon és minőségen történő végzése érdekében benyújtott pályázathoz az alábbi nyilatkozatokat teszem:

Kötelezettségvállaló nyilatkozatot teszek arra vonatkozóan, hogy a betölteni kívánt háziorvosi/fogorvosi körzetben 6 év időtartamban önálló orvosi tevékenységet végzek.

Nyilatkozom

- a pályázati feltételek elfogadásáról,
- arról, hogy **nem rendelkezem** az adózás rendjéről szóló törvényben meghatározott olyan **köztartozással**, amely esedékességének időpontja 60 napnál régebben lejárt.

Hozzájárulok

- a pályázati anyagban foglalt személyes adataimnak a pályázati eljárással összefüggő kezeléséhez,
- a teljes pályázati anyagomnak a pályázati eljárásban érintett szervek részére a bírálati eljárás céljából történő sokszorosításához, és továbbításához,
- ahhoz, hogy a pályázat megvalósulásának szabályszerűségét a Támogató és/vagy az általa megbízott szerv ellenőrizze,
- ahhoz, hogy a támogatás elnyerése esetén nevem és az elnyert támogatás összege, a felhasználás célja nyilvánosságra kerüljön.

Szándéknyilatkozatot teszek a támogatási és a finanszírozási szerződés megkötésére, vagy a foglalkoztatásra vonatkozó jogviszony létesítésére.

Kelt:,év.....hó.....nap

.....
pályázó aláírása

Előttünk, mint tanuk előtt:

.....
aláírás

.....
aláírás

Név:
Személyi ig. szám:.....
Cím:

Név:
Személyi ig. szám:.....
Cím: