

NYILATKOZAT

a 2020. évi pályázati feltételek elfogadásáról

Alulírott

Név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
Személyi igazolvány száma: <small>(útlevélszám, egyéb irat száma)</small>	
Lakcíme:	
Pecsétszám:	

a praxisjogukat értékesíteni kívánó házi orvosok pótlása, a betöltetlen szolgálatok számának csökkenése, illetve a lakosság folyamatos házi orvosi ellátásának biztosítása érdekében benyújtott pályázathoz az alábbi nyilatkozatokat teszem:

Kötelezettségvállaló nyilatkozatot teszek

- arra vonatkozóan, hogy a betölteni kívánt házi orvosi körzetben 4 évi időtartamban önálló orvosi tevékenységet végzek, valamint arra, hogy
- a megítélt támogatási összeget a pályázat kiírásban meghatározott időn belül a praxisjog vételárának/vételárhátralékának kiegyenlítésére fordítom, és ennek tényét igazolom a NEAK felé.

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:

Név:

Személyi ig. szám:

Személyi ig. szám:

Cím:

Cím: