

PÁLYÁZAT 2020.

I. PÁLYÁZAT TÁRGYA („X”-el jelölendő)

A legalább 12 hónapja betöltetlen háziiorvosi körzeteket betöltő **háziiorvosok letelepedésének támogatása**, ezáltal az ott élő lakosság folyamatos háziiorvosi ellátásának biztosítása, az alapellátás (háziiorvosi ellátás) magasabb színvonalon és minőségen történő végzése érdekében.

A legalább 12 hónapja betöltetlen fogorvosi körzeteket betöltő **fogorvosok letelepedésének támogatása**, ezáltal az ott élő lakosság folyamatos fogorvosi ellátásának biztosítása, az alapellátás (fogorvosi ellátás) magasabb színvonalon és minőségen történő végzése érdekében.

II. PÁLYÁZÓ HÁZIORVOSI/FOGORVOSI TEVÉKENYSÉG VÉGZÉSÉRE JOGOSULT SZEMÉLY ADATAI

Név:			
Születési név:			
Születési hely:		Születési idő:	
Anyja neve:		Állampolgárság:	
Személyi ig.szám: <small>(útlevélszám, egyéb irat száma)</small>		Pecsétszám:	
Adóazonosító jel:		TAJ szám:	
Lakcím:			
Levelezési cím: <small>(ha eltér a lakcímtől)</small>			
Elérhetőség:	Telefonszám:	Email cím:	

III. BETÖLTENI KÍVÁNT HÁZIORVOSI/FOGORVOSI SZOLGÁLAT CÍME

Betöltetlen szolgálat 9 jegű kódja (HSZ kód/FIN kód ¹)	Irányító- szám	Település megnevezése	Utca, házsám

IV. A SZOLGÁLAT BETÖLTÉSÉNEK TERVEZETT IDŐPONTJA (év, hó)

¹ Háziiorvosi szolgálat kódja (HSZ kód) megtalálható: www.neak.gov.hu/Lakosságnak/Szerződött szolgáltatók/Háziiorvosi szolgálatok
Fogorvosi szolgálat kódja (FIN kód) megtalálható: www.neak.gov.hu/Lakosságnak/Szerződött szolgáltatók/Fogorvosi szolgálatok

V. A PÁLYÁZATON ELNYERT TÁMOGATÁSI ÖSSZEG JÖVŐBENI FELHASZNÁLÁSÁNAK TERVE

VI. A PÁLYÁZAT MELLÉKLETEI

1. Nyilatkozat a pályázati feltételek elfogadásáról (nyilatkozat letölthető: www.neak.gov.hu)
2. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ igazolása arra vonatkozóan, hogy a pályázó 2020. január 1-jén nem rendelkezett az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal (eredeti példány)
3. A betölteni kívánt háziorvosi/fogorvosi körzetet fenntartó önkormányzat pályázati kiírást követően kiállított szándéknyilatkozata arra vonatkozóan, hogy egészségügyi szolgáltatóként a pályázót háziorvosként/fogorvosként legalább 6 évre alkalmazza, vagy a pályázó személyes közreműködésével működő egészségügyi szolgáltatóval legalább 6 éves időtartamra feladat-ellátási szerződést köt (eredeti példány)
4. A Magyar Orvosi Kamara által a pályázó érvényes tagsága tárgyában a pályázati kiírást követően kiállított igazolása (eredeti példány)
5. A pályázó képzettségét igazoló dokumentumok másolati példányai
6. A pályázó szakmai önéletrajza
7. A pályázó 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványa a büntetlen előélet, valamint annak igazolására, hogy nem áll foglalkozástól eltiltás hatálya alatt (eredeti példány)
8. Nyilatkozat a pályázó összeférhetetlenség, illetve érintettség fennállására, vagy hiányára vonatkozóan (a nyilatkozat letölthető: www.kozpenzpalyazat.gov.hu)
9. A pályázó érintettsége esetén az érintettségéről szóló közzétételi kérelem (a közzétételi kérelem letölthető: www.kozpenzpalyazat.gov.hu).

Kelt:,év.....hó.....nap

.....
pályázó aláírása