**Megye kód:**

**Szolgáltató NEAK kódja:**

**Szolgáltató neve: ………………………………..**

**AZ ISKOLA- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGYI ORVOSI ELLÁTÁS**

**ÜRES ÁLLÁSHELYÉNEK, ILLETVE FIZETÉS NÉLKÜLI SZABADSÁGGAL**

**1 HÓNAPOT MEGHALADÓ TÁVOLLÉTÉNEK**

**BEJELENTÉSE**

1. **A szolgálat SZEAK kódja :**

**A szolgálat megüresedésének dátuma:** ………év ………….hó…..nap

**2.) A helyettesítő orvos(ok) adatai:**

*2.1.* Neve: .......................................….................. Orvosi bélyegző száma: …………………

Orvosi diploma száma, kelte:..........................................................……...

Szakvizsga megnevezése:..........................................................……........

Szakvizsga száma:.........…….. kelte:..............................……..…………

Heti munkaidő: ……. óra Heti rendelési idő: …….. óra

## Helyettesítés kezdetének időpontja: 20.… év …..………..…hó ……naptól

Befejezésének várható időpontja: 20.… év …..………..…hó ……napig

*2.2.* Neve: .......................................….................. Orvosi bélyegző száma: …………………

Orvosi diploma száma, kelte:..........................................................……...

Szakvizsga megnevezése:..........................................................……........

Szakvizsga száma:.........…….. kelte:..............................……..…………

Heti munkaidő: ……. óra Heti rendelési idő: …….. óra

## Helyettesítés kezdetének időpontja: 20.… év …..………..…hó ……naptól

Befejezésének várható időpontja: 20.… év …..………..…hó ……napig

|  |
| --- |
| ……………………………. |
| Szolgáltató  (cégszerű vagy csatolt meghatalmazás szerinti) |