



# NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ

## ADATLAP

### Többletkapacitás befogadására irányuló kérelem \*-os HBCS

A szolgáltató NEAK kódja:				
A szolgáltató megnevezése:				
A szolgáltató címe:				
A fenntartó/tulajdonos megnevezése:				
A fenntartó/tulajdonos címe:				
Kérelmezett *HBCS kódja, megnevezése, tervezett éves mennyisége: (9/1993. (IV.2.) NM rendelet 4. számú melléklet szerint)	kód	megnevezés	súlyszám	tervezett éves esetszám
Kérelmezett éves összes súlyszám:				
Összes forrásigény: eFt				
Tevékenység megkezdésének tervezett időpontja (éééé.hh.nn):				
Az érintett szakterület szerinti szakmai kollégium véleménye	<i>A dokumentum -ik oldalán található!</i>			
Az egészségügyi szolgáltató nyilatkozata arról, hogy a kérelem tárgyát képező egészségügyi tevékenységre működési engedéllyel már rendelkezik (vagy nyilatkozat arról, hogy a többletkapacitás befogadását követő 15 napon belül benyújtja a működési engedély módosítása iránti kérelmet):	<i>A dokumentum -ik oldalán található!</i>			
A befogadás szükségességének szakmai indoklása:	<i>A dokumentum -ik oldalán található!</i>			
A befogadás fenntarthatóságát alátámasztó pénzügyi hatásvizsgálat, megjelölve a szolgáltatás éves felvállalt mennyiségét és a szükséges teljesítményvolument:	<i>A dokumentum -ik oldalán található!</i>			

Kelt: ..... , .... év    hónap    nap

P.H.

.....

aláírás