

# NYILATKOZAT

a 2019. évi pályázati feltételek elfogadásáról

## Alulírott

Név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
Személyi igazolvány száma:	
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 kiírásában 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: .....