

# PÁLYÁZAT 2020.

## I. PÁLYÁZAT TÁRGYA

A praxisjogukat értékesíteni kívánó házi orvosok pótlása, a betöltetlen szolgálatok számának csökkenése, illetve a lakosság folyamatos házi orvosi ellátásának biztosítása érdekében házi orvosi praxisjog vásárlásának támogatása.

## II. PÁLYÁZÓ HÁZIORVOSI TEVÉKENYSÉG VÉGZÉSÉRE JOGOSULT SZEMÉLY ADATAI

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

## III. A MEGVÁSÁROLT PRAXISJOGGAL ELLÁTNI KÍVÁNT HÁZIORVOSI SZOLGÁLAT CÍME

A szolgálat 9 jegyű kódja (HSZ kód/FIN kód <sup>1</sup> )	Irányító- szám	Település megnevezése	Utca, házszám

## IV. A SZOLGÁLATBAN TÖRTÉNŐ HÁZIORVOSI TEVÉKENYSÉG KEZDETÉNEK TERVEZETT IDŐPONTJA (év, hó)

## V. A HÁZIORVOSI TEVÉKENYSÉGÉT EGYÉNI VÁLLALKOZÓKÉNT KÍVÁNJA VÉGEZNI?

*nem*     *igen*

<sup>1</sup> Házi orvosi szolgálat kódja (HSZ kód) megtalálható: [www.neak.gov.hu/Lakosságnak/Szerződött szolgáltatók/Házi orvosi szolgálatok](http://www.neak.gov.hu/Lakosságnak/Szerződött szolgáltatók/Házi orvosi szolgálatok)

## VI. A PÁLYÁZAT MELLÉKLETEI

1. Nyilatkozat a pályázati feltételek elfogadásáról (nyilatkozat letölthető: [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu))
2. A praxisjog vásárlására vonatkozó, 2020. január 1-jét követően kötött adásvételi szerződés vagy előszerződés melynek tartalma szerint a praxisjog vételára, vagy a vételárhátralék összege eléri a pályázott támogatás összegét (másolati példány)
3. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ igazolása arra vonatkozóan, hogy a pályázó 2020. január 1-jét megelőző két éven belül nem rendelkezett az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal (eredeti példány)
4. A megvásárolt praxisjoggal ellátni kívánt körzetet fenntartó önkormányzat szándéknyilatkozata arra vonatkozóan, hogy egészségügyi szolgáltatóként a pályázót háziorvosként/fogorvosként alkalmazza, vagy a pályázó személyes közreműködésével működő egészségügyi szolgáltatóval legalább 4 éves időtartamra feladat-ellátási szerződést köt (eredeti példány)
5. A Magyar Orvosi Kamara által a pályázó érvényes tagsága tárgyában kiállított igazolása (eredeti példány)
6. A pályázó képzettségét igazoló dokumentumok másolati példánya
7. A pályázó szakmai önéletrajza
8. A pályázó 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványa a büntetlen előélet, valamint annak igazolására, hogy nem áll foglalkozástól eltiltás hatálya alatt (eredeti példány)
9. Nyilatkozat a pályázó összeférhetetlenség, illetve érintettség fennállására, vagy hiányára vonatkozóan (a nyilatkozat letölthető: [www.kozpenzpalyazat.gov.hu](http://www.kozpenzpalyazat.gov.hu))
10. A pályázó érintettsége esetén az érintettségéről szóló közzétételi kérelem (a közzétételi kérelem letölthető: [www.kozpenzpalyazat.gov.hu](http://www.kozpenzpalyazat.gov.hu)).

Kelt: ....., .....év.....hó.....nap

.....  
pályázó aláírása