

Kérelmezett éves kezelésszám:	
Kérelmezett éves 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 érvényes működési engedélye (és az egészségügyi szolgáltatónak a fenntartója által jóváhagyott nyilatkozata 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