

Kérelem

Praxis betöltését elősegítő egyszeri támogatás iránt

1. A kérelmező személyes adatai:

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Személyazonosító irat típusa, száma:

Adóazonosító jele:

Lakóhely és tartózkodási hely:

Érvényes orvosi működési nyilvántartási száma:

Számlavezető bankjának megnevezése:

Számlaszáma:

2. A praxisjoggal érintett az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII.23.) Korm. rendelet 2. § (1) bekezdés b) pontja szerinti tartósan betöltetlen körzet meghatározása:

típusa: felnőtt háziiorvosi/házi gyermekorvosi (*Kérem, a megfelelőt aláhúzással jelölje!*)

a körzet száma:

a körzet azonosítója:

orvosi rendelő helye:

3. A praxis működtetésének tervezett időpontja:

4. Kérelemhez csatolandó:

a) a praxisjoggal érintett körzetre vonatkozó feladat-ellátási előszerződés,

b) a praxiskezelő praxisjogot engedélyező határozat,

c) a feladat-ellátáshoz szükséges vállalkozási formára vonatkozó nyilatkozat, igazolás (cégkivonat/hatósági igazolás).

d) amennyiben a kérelem benyújtáskor a feladatellátási szerződés megkötésre került, annak egy példánya.

e) a praxisjogot megszerezni kívánó háziiorvos, házi gyermekorvos nyilatkozata arról, hogy vállalja, hogy Budapest Főváros XX. kerület Pesterzsébet közigazgatási területén tartósan betöltetlen háziiorvosi, házi gyermekorvosi praxisban legalább 5 évig személyes közreműködéssel látja el az önálló orvosi tevékenységet.

Kelt, 20..... hó napján

.....

kérelmező

P.H.