

## Kérelem

### Lakhatási 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 határozata,

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

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

e) albérleti szerződés és a havi bérleti díj fizetésének igazolása vagy a hitelintézettel kötött lakáscélú hitel- vagy kölcsönszerződés és a fizetendő havi törlesztő részlet összegének igazolása.

f) a praxisjogot megszerezni kívánó háziorvos, 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.