

**A kérelmet aláírva postai úton vagy szkennelve kérjük megküldeni!**

Állami Egészségügyi Ellátó Központ  
Alap és Lakóhelyközeli Ellátások Igazgatóság  
Alapellátási Osztály  
1125 Budapest, Diós árok 3. Levelezési cím: 1525 Budapest 114 Pf. 32.  
e-mail: alapellatas@aeek.hu

## **Kérelem**

**igazolás kiadása iránt háziiorvosi/fogorvosi letelepedési támogatási pályázathoz  
(nyomtatott betűvel kérjük kitölteni)**

***Tisztelt Praxiskezelő!***

Kérem, hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által 2019. évben kiírt háziiorvosi/fogorvosi letelepedési támogatásra benyújtandó pályázati dokumentációhoz a praxisjogra vonatkozó és csatolandó igazolást a következő adatok alapján részemre 2 példányban kiállítani és a megjelölt postacímre eljuttatni szíveskedjen.

**Igénylő adatai :**

Neve: .....

Egészségügyi tevékenység során használt név: .....

Orvosi nyilvántartási száma (pecsétszám): .....

Telefonos elérhetősége: .....

**Az adatszolgáltatás kért módja:**

- levelezési cím: .....

- e-mail cím: (csak tájékoztatásul) .....

**Igénylés, adatfelhasználás célja:**

Igazolás csatolása a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által 2019. évben kiírt háziiorvosi/fogorvosi letelepedési támogatáshoz a praxisjoggal nem rendelkező Igénylő által benyújtott pályázati dokumentációhoz

**Igénylés jogalapja:**

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 18/A. § (1) bekezdése.

**Igényelt adat, tényigazolás:**

Dr.....2019. 02. 12-én háziiorvosi / fogorvosi<sup>1</sup> praxisjoggal nem rendelkezett.

Kijelentem, hogy a rendelkezésemre bocsátott adatokat kizárólag az adatigénylés céljának megfelelően használom fel, az adatvédelemre vonatkozó jogszabályokat mindenkor megtartom.

Kelt: .....

.....  
Adatigénylő aláírása

1. A megfelelő szöveg aláhúzendó