

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 praxisjog vásárlásának támogatási pályázathoz
(nyomtatott betűvel kérjük kitölteni)**

Tisztelt Praxiskezelő!

Kérem, hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által 2019. évben kiírt háziiorvosi praxisjog vásárlásának támogatására benyújtani kívánt 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 felé - praxisjog vásárláshoz - 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. § (2) bekezdése.

Igényelt adat, tényigazolás:

Dr.....2017. 02.12. és 2019.02.12. között nem rendelkezett háziiorvosi praxisjoggal.

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

Kelt:

.....
Adatigénylő aláírása