

[] betöltés

[] folytatás (jogosult halála esetén)

*Önkormányzat által kijelölt körzet meghatározása (vonatkozó önkormányzati rendelet szerint):

*körzethez tartozó települések neve:

*finanszírozási kód (NEAK azonosító 9 jegyű azonosító):

A *-al jelölt adatok kitöltése kötelező!

A **-al jelölt adatoknál kérjük a megfelelő X-elni!

A praxisjog engedélyezését _____ időponttól kérelmezem.

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011 (XII.23.) Korm. rendelet 5. § (1)-(2) bekezdése alapján **nem kaphat praxisengedélyt az a kérelmet benyújtó orvos,**

- aki praxisjoggal már rendelkezik figyelemmel arra, hogy amennyiben a praxisjog jogosultja másik körzetre vonatkozó praxisjogot szerez, az új praxisjogra vonatkozóan kiadható praxisengedély, feltéve, hogy a korábbi praxisjoggal érintett körzetben a praxisjog jogosultja a helyettesítésről gondoskodik. Ha az új praxisjogra kiadott praxisengedély kiadásától számított 6 hónapig a korábbi praxisjog nem kerül elidegenítésre, a korábbi praxisjogra vonatkozó praxisengedélyt vissza kell vonni.
- akitől a praxisjogot az orvosi tevékenysége gyakorlásával összefüggő jogszabálysértő magatartása miatt visszavonták, a visszavonástól számított 5 évig.

Nyilatkozom, hogy – a fentiekben ismertetett – praxisjog engedélyezését kizáró ok esetében nem áll fenn.

A fentiekre tekintettel kérem az eljáró hatóságot, hogy részemre a praxisjogot engedélyezni szíveskedjen!

Kelt:.....év.....hónap..... nap

ph.

aláírás

Csatolandó mellékletek:

1. A szakmai megfelelés igazolása:
 - 1.1 általános orvostan vagy háziorvostan szakorvosi szakképesítés
 - 1.2 vagy érvényes háziorvostani licenszvizsga (háziorvostani szakvizsga 4 éven belüli megszerzésének kötelezettségével) vagy a 4/2000. (II. 25.) EüM rendeletben foglaltaknak megfelelő szakképesítés (háziorvostani szakvizsga 5 éven belüli megszerzésének kötelezettségével)
 - 1.3 vagy belgyógyászat szakorvosi szakképesítés és 10 év körzeti illetve háziorvosi gyakorlat
 - 1.4 házi gyermekorvosi körzethez: csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos képesítés
 - 1.5 fogorvosi körzethez: fogorvosi diploma
2. kamarai tagság igazolása
3. egészségügyi alkalmassági vizsgálat eredményéről szóló igazolás
4. praxisjog átruházásáról szóló szerződés, vagy a folytatásra való jogosultságát igazoló okiratok, ideértve - több folytatásra jogosult személy esetén - az Öotv. 2. § (5) bekezdésében meghatározott megállapodást is.
5. kérelmező és az önkormányzat által kötött előszerződés (a végleges szerződés legkorábbi hatálybalépésének időpontjának megjelölésével)
6. nyilatkozat arról, hogy
 - 6.1 nem rendelkezik praxisjoggal
 - 6.2 rendelkezik praxisjoggal, de a praxisjog elidegenítésére nyitva álló időtartam (6 hónap) alatt gondoskodik a helyettesítésről
7. személyi azonosításra alkalmas fényképes igazolvány másolata
8. lakcímkártya másolata
9. nyilatkozat büntető eljárás vonatkozásában
10. nyilatkozat a másolatban csatolt iratok eredeti dokumentumokkal való egyezőségéről
11. adatvédelmi nyilatkozat
12. 16.000.-Ft igazgatási szolgáltatási díj befizetését igazoló dokumentum (postai készpénz átutalási megbízási szelvény, vagy utalást igazoló dokumentum - banki terhelési értesítő) az alábbiak szerint:

Név: Állami Egészségügyi Ellátó Központ
Cím: 1125. Bp. Diós Árok 3.
Adószám: 15324683-2-43
Számlaszám: 10032000-01490576-00000000
Átutalásnál a közleményben fel kell tüntetni az egyedi azonosító adatokat a (pl. név és egyedi pecsétszám)

Kérjük, hogy a benyújtott iratanyagot elektronikusan és postai úton is megküldeni szíveskedjen!

E-mail cím: praxisengedely@aek.hu

Postai cím: AEEK Alapellátási és Ellátásszervezési Osztály, 1125 Budapest, Diós árok 3. vagy 1525 Budapest 114, Pf.: 32.

Tájékoztatjuk, hogy joghatályos benyújtásnak a személyesen, ügyfélkapun, vagy a postai úton megküldött iratanyag minősül!