

Kérelem érvényes praxisjog engedély módosítása iránt

| |
|---|
| *Név (a személyi igazolványban szereplő név) |
| *Családi neve: _____ |
| *Utóneve(i): |
| *Születési családi neve: |
| *Utóneve(i): |
| Egészségügyi tevékenység során használt név: |
| *Születési hely, idő: |
| *Anyja születési családi neve és utóneve: |
| *Lakcím (lakcímkártya szerint): |
| *Levelezési címe: |
| Telefonszám: |
| e-mail cím: |
| *Alapnyilvántartási szám (orvosi pecsétszám): |

Praxissal kapcsolatos adatok

| |
|--|
| *Elsődleges rendelő címe: További ellátási helyek címe: |
| *Finanszírozási kód (NEAK azonosító 9 jegyű azonosító): |

*Praxisjog engedélyben megjelölt, **módosítani kívánt adat:**

*Módosított praxisjog engedélyben feltüntetni kívánt adat:

A *-al jelölt adatok kitöltése kötelező!

A praxisjog engedély módosítását _____ időponttól kérelmezem.

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

Kelt:.....év.....hónap..... nap

ph.

aláírás

Csatolandó mellékletek:

A praxisengedélyben módosítani kért adatot hitelesítő, bizonyító erejű dokumentum.

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

E-mail cím: praxisengedely@aEEK.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!