



Kérelem praxisjog engedély kiadása 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 (pecsétszám):

Praxissal kapcsolatos adatok

*Elsődleges rendelő címe:
További ellátási helyek címe:
**Praxis típusa: [] házi orvos, [] fogorvos [] felnőtt, [] gyermek, [] vegyes
**Praxisjog kérelmének jogcíme:



elidegenítés (vásárlás, ajándékozás stb.)

betöltés

folytatás (jogosult halála esetén)

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

*körzetbe 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 házi orvosi körzethez: a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendeletben előírt feltételek teljesítését igazoló dokumentumok
 - 1.2 házi gyermekorvosi körzethez: csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos képesítés
 - 1.3 fogorvosi körzethez: fogorvosi diploma
 - 1.4 amennyiben praxisengedélyt a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM. rendelet (a továbbiakban: R.) 11. § (4) bekezdésében foglalt szakképezések alapján kíván szerezni, úgy az előzőekben jelzett mellékleteken kívül szíveskedjék csatolni:
 - az önkormányzattal megkötött szerződés a házi orvosi tevékenység végzéséről (R.11.§ (4) bekezdés)
 - társadalombiztosítási ismeretek megszerzéséről szóló igazolás (R.11.§ (8) bekezdés)
 - szakmai felügyeletet vállaló orvos teljes bizonyító erejű okiratba foglalt nyilatkozata (R.11.§ (8) bekezdés)
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. a 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: Országos Kórházi Főigazgatóság
Cím: 1125. Bp. Diós Árok 3.
Adószám: 15324683-2-43
Számlaszám: 10032000-01490576-000000000
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@okfo.gov.hu

Postai cím: OKFÓ Alapellátási Igazgatóság 1125 Budapest, Diós árok 3. vagy 1525 Budapest 114, Pf.: 32.

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