



**ADATLAP**

**Többletkapacitás befogadására irányuló kérelem  
Krónikus súlyozási szorzó**

|   |  |
|---|--|
| A szolgáltató NEAK kódja:   |  |
| A szolgáltató megnevezése:  |  |
| A szolgáltató címe:   |  |
| A fenntartó/tulajdonos megnevezése:   |  |
| A fenntartó/tulajdonos címe:  |  |
| Kérelmezett krónikus súlyozási szorzó kódja:<br>(43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8. számú melléklete szerint)   |  |
| Kérelmezett krónikus súlyozási szorzó megnevezése:<br>(43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8. számú melléklete szerint)   |  |
| Kérelem szerint átsorolandó ágyak száma (db):   |  |
| Átsorolandó ágyak jelenlegi osztályának NEAK szervezeti egységkódja:  |  |
| Kérelmezett éves forrásigény (eFt):   |  |
| Tevékenység megkezdésének tervezett időpontja (éééé.hh.nn):   |  |
| Az érintett szakterület szerinti szakmai kollégium véleménye  | <i>A dokumentum -ik oldalán található!</i> |
| Az egészségügyi szolgáltató nyilatkozata arról, hogy a kérelem tárgyát képező egészségügyi tevékenységre működési engedéllyel már rendelkezik (vagy nyilatkozat arról, hogy a többletkapacitás befogadását követő 15 napon belül benyújtja a működési engedély módosítása iránti kérelmet): | <i>A dokumentum -ik oldalán található!</i> |
| A befogadás szükségességének szakmai indoklása:   | <i>A dokumentum -ik oldalán található!</i> |
| A befogadás fenntarthatóságát alátámasztó pénzügyi hatásvizsgálat, megjelölve a szolgáltatás éves felvállalt mennyiségét és a szükséges teljesítményvolument:   | <i>A dokumentum -ik oldalán található!</i> |

Kelt: ..... , .... év    hónap    nap

P.H.

.....

aláírás