



ADATLAP

Többletkapacitás befogadására irányuló kérelem Tételes elszámolás alá eső gyógyszer

A szolgáltató NEAK kódja:	
A szolgáltató megnevezése:	
A szolgáltató címe:	
A fenntartó/tulajdonos megnevezése:	
A fenntartó/tulajdonos címe:	
Kérelmezett tételes elszámolás alá eső gyógyszer OENO kódja: (9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 1/A. számú melléklete szerint)	
Kérelmezett tételes elszámolás alá eső gyógyszer megnevezése: (9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 1/A. számú melléklete szerint)	
Kérelmezett tételes elszámolás alá eső gyógyszer indikációs pontja: (9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 1/A. számú melléklete szerint)	
Kérelmezett éves betegszám:	
Kérelmezett éves kezelésszám:	
Tevékenység megkezdésének tervezett időpontja (éééé.hh.nn):	
Az érintett szakterület szerinti szakmai kollégium véleménye:	<i>A dokumentum -ik oldalán található!</i>
Az egészségügyi szolgáltató érvényes működési engedélye (és az egészségügyi szolgáltatónak a fenntartója által jóváhagyott nyilatkozata 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