

PÁLYÁZAT 2022.

Érvényes: 2022. február 1-től

I. PÁLYÁZAT TÁRGYA („X”-el jelölendő)	
<input type="checkbox"/>	A legalább 12 hónapja betöltetlen háziiorvosi körzeteket betöltő HÁZIORVOSOK letelepedésének támogatása , ezáltal az ott élő lakosság folyamatos háziiorvosi ellátásának biztosítása, az alapellátás (háziiorvosi ellátás) magasabb színvonalon és minőségen történő végzése érdekében.
<input type="checkbox"/>	A legalább 12 hónapja betöltetlen fogorvosi körzeteket betöltő FOGORVOSOK letelepedésének támogatása , ezáltal az ott élő lakosság folyamatos fogorvosi ellátásának biztosítása, az alapellátás (fogorvosi ellátás) magasabb színvonalon és minőségen történő végzése érdekében.

II. PÁLYÁZÓ HÁZIORVOSI/FOGORVOSI TEVÉKENYSÉG VÉGZÉSÉRE JOGOSULT SZEMÉLY ADATAI			
Név:			
Születési név:			
Születési hely:		Születési idő:	
Anyja neve:		Állampolgárság:	
Személyi ig. száma: (útleveleszám, egyéb irat száma)		Pecsétszám:	
Adóazonosító jel:		TAJ szám:	
Lakcím:			
Levelezési cím: (ha eltér a lakcímtől)			
Elérhetőség:	Telefonszám:	Email cím:	

III. BETÖLTENI KÍVÁNT HÁZIORVOSI/FOGORVOSI SZOLGÁLAT CÍME			
Betöltetlen szolgálat 9 jegyű kódja (HSZ kód/FIN kód ¹)	Irányító- szám	Település megnevezése	Utca, házszám

IV. A SZOLGÁLAT BETÖLTÉSÉNEK TERVEZETT IDŐPONTJA (év, hó)

¹ Háziiorvosi szolgálat kódja (HSZ kód) megtalálható: www.neak.gov.hu/Lakosságnak/Szerződött_szolgáltatók/Háziiorvosi_szolgálatok
Fogorvosi szolgálat kódja (FIN kód) megtalálható: www.neak.gov.hu/Lakosságnak/Szerződött_szolgáltatók/Fogorvosi_szolgálatok

V. A PÁLYÁZATON ELNYERT TÁMOGATÁSI ÖSSZEG JÖVŐBENI FELHASZNÁLÁSÁNAK TERVE

VI. A PÁLYÁZAT MELLÉKLETEI

1. Nyilatkozat a pályázati feltételek elfogadásáról, továbbá arról, hogy a pályázó a pályázat benyújtásakor nem rendelkezik az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal, továbbá a pályázat benyújtását megelőző 5 évben nem rendelkezett praxisjoggal, vagy olyan praxisjoggal rendelkezett, amelyet ingyenesen vagy visszterhesen elidegenített, továbbá meghatalmazás a NEAK számára arról, hogy a nyilatkozatban foglaltakat az Országos Kórházi Főigazgatóságtól kért igazolás útján ellenőrizze (nyilatkozat letölthető: www.neak.gov.hu)
2. A betölteni kívánt háziorvosi/fogorvosi körzetet fenntartó önkormányzat pályázati kiírást követően kiállított szándéknyilatkozata arra vonatkozóan, hogy egészségügyi szolgáltatóként a pályázót háziorvosként/fogorvosként legalább 6 évre alkalmazza, vagy a pályázó személyes közreműködésével működő egészségügyi szolgáltatóval legalább 6 éves időtartamra feladat-ellátási szerződést köt
3. A Magyar Orvosi Kamara által a pályázó érvényes tagsága tárgyában a pályázati kiírást követően kiállított igazolása
4. A pályázó képzettségét igazoló dokumentumok másolati példányai
5. A pályázó szakmai önéletrajza
6. A pályázó 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványának eredeti példánya a büntetlen előélet, valamint annak igazolására, hogy nem áll foglalkozástól eltiltás hatálya alatt
7. Nyilatkozat a pályázó összeférhetetlenség, illetve érintettség fennállására, vagy hiányára vonatkozóan (a nyilatkozat letölthető: www.kozpenzpanyazat.gov.hu)
8. A pályázó érintettsége esetén az érintettségéről szóló közzétételi kérelem (a közzétételi kérelem letölthető: www.kozpenzpanyazat.gov.hu).

Kelt:,év.....hó.....nap

.....
pályázó aláírása

NYILATKOZAT

a 2022. évi pályázati feltételek elfogadásáról
Érvényes: 2022. február 1-től

Alulírott

Név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
Személyi igazolvány száma: (útlevekszám, egyéb irat száma)	
Lakcíme:	
Pecsétszám:	

a legalább 12 hónapja betöltetlen háziorvosi és fogorvosi körzeteket betöltő háziorvosok és fogorvosok letelepedésének támogatása, ezáltal az ott élő lakosság folyamatos háziorvosi és fogorvosi ellátásának biztosítása, az alapellátás (háziorvosi és fogorvosi ellátás) magasabb színvonalon és minőségen történő végzése érdekében benyújtott pályázathoz az alábbi nyilatkozatokat teszem:

Kötelezettségvállaló nyilatkozatot teszek arra vonatkozóan, hogy a betölteni kívánt háziorvosi/fogorvosi körzetben 6 év időtartamban önálló orvosi tevékenységet végzek.

Nyilatkozom

- a **pályázati feltételek elfogadásáról**,
- arról, hogy **nem rendelkezem** az adózás rendjéről szóló törvényben meghatározott olyan **köztartozással**, amely esedékességének időpontja 60 napnál régebben lejárt,
- a **pályázat benyújtásakor nem rendelkezem** az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett **praxisjoggal**,
- a pályázat benyújtását megelőző 5 évben **nem rendelkezem praxisjoggal**, vagy **olyan praxisjoggal rendelkezem, amelyet ingyenesen vagy visszerhesen elidegenítettem**, és egyidejűleg meghatalmazom a NEAK-ot, hogy a praxisjogra vonatkozó nyilatkozatban foglaltakat az Országos Kórházi Főigazgatóságtól kért igazolás útján ellenőrizze.

Hozzájárulok

- a pályázati anyagban foglalt személyes adataimnak a pályázati eljárással összefüggő kezeléséhez,
- a teljes pályázati anyagomnak a pályázati eljárásban érintett szervek részére a bírálati eljárás céljából történő sokszorosításához, és továbbításához,
- ahhoz, hogy a pályázat megvalósulásának szabályszerűségét a Támogató és/vagy az általa megbízott szerv ellenőrizze,
- ahhoz, hogy a támogatás elnyerése esetén nevem és az elnyert támogatás összege, a felhasználás célja nyilvánosságra kerüljön.

Szándéknyilatkozatot teszek a támogatási és a finanszírozási szerződés megkötésére, vagy a foglalkoztatásra vonatkozó jogviszony létesítésére.

Kelt:,év.....hó.....nap

.....
pályázó aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

.....
aláírás

.....
aláírás

Név:

Név:

Személyi ig. szám:.....

Személyi ig. szám:.....

Cím:

Cím: