

# PÁLYÁZAT

I. PÁLYÁZAT TÁRGYA („X”-el jelölendő)	
<input type="checkbox"/>	A legalább 12 hónapja betöltetlen háziiorvosi körzeteket betöltő <b>háziiorvosok letelepedésének támogatása</b> , 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 <b>fogorvosok letelepedésének támogatása</b> , 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 hely, idő:		
Anyja neve:		
Személyi ig.szám:		
Lakcíme:		
Levelezési címe: (ha eltér a lakcímtől)		
Elérhetőség:	Telefonszám:	Email cím:
Pecsétszám:		

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

IV. A SZOLGÁLAT BETÖLTÉSÉNEK TERVEZETT IDŐPONTJA	
--	--

<sup>1</sup> Háziiorvosi szolgálat kódja (HSZ kód) megtalálható: [www.neak.gov.hu/Lakosságnak/Szerződött\\_szolgáltatók/Háziiorvosi\\_szolgálatok](http://www.neak.gov.hu/Lakosságnak/Szerződött_szolgáltatók/Háziiorvosi_szolgálatok)  
Fogorvosi szolgálat kódja (FIN kód) megtalálható: [www.neak.gov.hu/Lakosságnak/Szerződött\\_szolgáltatók/Fogorvosi\\_szolgálatok](http://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 (nyilatkozat letölthető: [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu))
2. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal igazolása arra vonatkozóan, hogy a pályázó a pályázat benyújtásakor nem rendelkezett az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal
3. A betölteni kívánt háziorvosi/fogorvosi körzetet fenntartó önkormányzat szándéknyilatkozata arra vonatkozóan, hogy egészségügyi szolgáltatóként a pályázót háziorvosként/fogorvosként alkalmazza, vagy a pályázó személyes közreműködésével működő egészségügyi szolgáltatóval legalább 6 éves időtartamra feladat-ellátási szerződést köt
4. A Magyar Orvosi Kamara által a pályázó érvényes tagsága tárgyában kiállított igazolása
5. A pályázó képzettségét igazoló dokumentumok másolati példányai
6. A pályázó szakmai önéletrajza
7. A pályázó 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványa a büntetlen előélet, valamint annak igazolására, hogy nem áll foglalkozástól eltiltás hatálya alatt
8. Nyilatkozat a pályázó összeférhetlenség, illetve érintettség fennállására, vagy hiányára vonatkozóan (a nyilatkozat letölthető: [www.kozpenzpalyazat.gov.hu](http://www.kozpenzpalyazat.gov.hu))
9. A pályázó érintettsége esetén az érintettségéről szóló közzétételi kérelem (a közzétételi kérelem letölthető: [www.kozpenzpalyazat.gov.hu](http://www.kozpenzpalyazat.gov.hu)).

Kelt: ....., .....év.....hó.....nap

.....  
pályázó aláírása