

PÁLYÁZAT

I. PÁLYÁZAT TÁRGYA („X”-el jelölendő)

- A legalább 12 hónapja betöltetlen háziiorvosi körzeteket betöltő **háziiorvosok letelepedésének támogatása**, ezáltal az ott élő lakosság folyamatos háziiorvosi ellátásának biztosítása, az alapellátás (háziiorvosi ellátás) magasabb színvonalon és minőségen történő végzése érdekében.
- 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, idő:		Állampolgárság:	
Anyja neve:			
Személyi ig.szám:			
Adószáma:		TAJ száma:	
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 ¹)	Irányító- szám	Település megnevezése	Utca, házszám

IV. A SZOLGÁLAT BETÖLTÉSÉNEK TERVEZETT IDŐPONTJA

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 (nyilatkozat letölthető: www.neak.gov.hu)
2. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ igazolása arra vonatkozóan, hogy a pályázó a pályázat kiírásakor nem rendelkezett az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal (eredeti és másolati példány) (kérelem letölthető: www.oali.hu)
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 (eredeti és másolati példány)
4. A Magyar Orvosi Kamara által a pályázó érvényes tagsága tárgyában kiállított igazolása (eredeti és másolati példány)
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 (eredeti és másolati példány)
8. Nyilatkozat a pályázó összeférhetetlenség, illetve érintettség fennállására, vagy hiányára vonatkozóan (a nyilatkozat letölthető: www.kozpenzpalyazat.gov.hu)
9. A pályázó érintettsége esetén az érintettségéről szóló közzétételi kérelem (a közzétételi kérelem letölthető: www.kozpenzpalyazat.gov.hu).

Kelt:,év.....hó.....nap

.....
pályázó aláírása