

# PÁLYÁZAT 2021.

## 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:		Születési idő:	
Anyja neve:		Állampolgárság:	
Személyi ig. száma: <small>(útleveleszám, egyéb irat száma)</small>		Pecsétszám:	
Adóazonosító jel:		TAJ szám:	
Lakcím:			
Levelezési cím: <small>(ha eltér a lakcímtől)</small>			
Elérhetőség:	Telefonszám:	Email cím:	

## III. BETÖLTENI KÍVÁNT HÁZIORVOSI/FOGORVOSI SZOLGÁLAT CÍME

Betöltetlen szolgálat 9 jegyű kódja (HSZ kód/FIN kód <sup>1</sup> )	Irányító- szám	Település megnevezése	Utca, házsám

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

<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 ELYNERT 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 Kórházi Főigazgatóság igazolása arra vonatkozóan, hogy a pályázó 2021. január 1-jén nem rendelkezett az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal
3. 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
4. A Magyar Orvosi Kamara által a pályázó érvényes tagsága tárgyában a pályázati kiírást követően kiállított igazolása
5. A pályázó képzettségét igazoló dokumentumok másolati példányai
6. A pályázó szakmai önéletrajza
7. A pályázó 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványának eredeti példánya a büntetlen előélet, valamint annak igazolására, hogy nem áll foglalkozástól eltiltás hatálya alatt
8. Nyilatkozat a pályázó összeférhetetlenség, 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