**Megye kód:**

**Szolgáltató NEAK kódja:**

**Szolgáltató neve: ………………………………..**

**AZ ISKOLA- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGYI ORVOSI ELLÁTÁS**

**ÜRES ÁLLÁSHELYÉNEK, ILLETVE FIZETÉS NÉLKÜLI SZABADSÁGGAL**

**1 HÓNAPOT MEGHALADÓ TÁVOLLÉTÉNEK**

**BEJELENTÉSE**

1. **A szolgálat SZEAK kódja :**

 **A szolgálat megüresedésének dátuma:** ………év ………….hó…..nap

**2.) A helyettesítő orvos(ok) adatai:**

 *2.1.* Neve: .......................................….................. Orvosi bélyegző száma: …………………

 Orvosi diploma száma, kelte:..........................................................……...

 Szakvizsga megnevezése:..........................................................……........

 Szakvizsga száma:.........…….. kelte:..............................……..…………

 Heti munkaidő: ……. óra Heti rendelési idő: …….. óra

##  Helyettesítés kezdetének időpontja: 20.… év …..………..…hó ……naptól

 Befejezésének várható időpontja: 20.… év …..………..…hó ……napig

 *2.2.* Neve: .......................................….................. Orvosi bélyegző száma: …………………

 Orvosi diploma száma, kelte:..........................................................……...

 Szakvizsga megnevezése:..........................................................……........

 Szakvizsga száma:.........…….. kelte:..............................……..…………

 Heti munkaidő: ……. óra Heti rendelési idő: …….. óra

##  Helyettesítés kezdetének időpontja: 20.… év …..………..…hó ……naptól

 Befejezésének várható időpontja: 20.… év …..………..…hó ……napig

|  |
| --- |
| ……………………………. |
| Szolgáltató (cégszerű vagy csatolt meghatalmazás szerinti) |