

KÉRELEM A PRAXISKEZELŐHÖZ
kollegiális praxisközösségi tagság megszüntetésének tárgyában

*A kinyomtatott űrlapot cégszerűen alá kell írni és ajánlott küldeményként postára kell adni
erre a címre: Országos Kórházi Főigazgatóság 1125 Budapest, Diós árok 3.*

A borítékra írja rá: PRAXISKÖZÖSSÉG

1. Egészségügyi szolgáltató azonosítása

Háziorvosi/fogorvosi szolgáltató megnevezése:

A szolgáltató székhelyének címe: Irsz, Település:

Utca, házszám:

Szolgáltató 4 jegyű NEAK kódja:

A szolgáltató aláírásra jogosult képviselőjének neve:

A szolgáltató e-mail címe:

A szolgáltató telefonszáma: +36

2. Háziorvosi/fogorvosi szolgálat (praxis) azonosítása

Az elsődleges rendelő címe: Irsz, Település:

Utca, házszám:

A szolgálat 9 jegyű HSZ/FIN kódja:

A szolgálat típusa:

Körzet típusa:

3. Kérelem kollegiális praxisközösségi tagság megszüntetésére

Alulírott, az 1. pontban azonosított egészségügyi szolgáltató aláírásra jogosult képviselője nyilatkozom, hogy kérem a 2. pontban azonosított szolgálat (praxis) a praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Pkr.) 2. § (2) bekezdése szerinti területi kollegiális praxisközösségi tagságának megszüntetését.

Tudomásul veszem, hogy a praxisközösségi tagság megszüntetésével a szolgálat (praxis) a továbbiakban nem felel meg a Pkr. 2. § (2) és (3) bekezdésében foglalt feltételeknek és az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 16/A. § (3) bekezdése szerint a Pkr. 2. § (2) és (3) bekezdése szerinti praxisközösségre irányadó emelt összegű orvosi bértámogatásra a praxisközösségi tagság megszüntetésének napját magában foglaló hónap utolsó napjáig vagyok jogosult.

Kelt:..... (helység),

Képviselő aláírása és a szolgáltató pecsétje:	
Képviselő neve:	
Egészségügyi szolgáltató neve:	