



elidegenítés (vásárlás, ajándékozás stb.)

betöltés

folytatás (jogosult halála esetén)

\*Önkormányzat által kijelölt körzet meghatározása (vonatkozó önkormányzati rendelet szerint:

\*körzethez tartozó települések neve:

\*finanszírozási kód (NEAK azonosító 9 jegyű azonosító):

A \*-al jelölt adatok kitöltése kötelező!

A \*\*-al jelölt adatoknál kérjük a megfelelő X-elni!

**A praxisjog engedélyezését \_\_\_\_\_ időponttól kérelmezem.**

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011 (XII.23.) Korm. rendelet 5. § (1)-(2) bekezdése alapján **nem kaphat praxisengedélyt az a kérelmet benyújtó orvos,**

- aki praxisjoggal már rendelkezik figyelemmel arra, hogy amennyiben a praxisjog jogosultja másik körzetre vonatkozó praxisjogot szerez, az új praxisjogra vonatkozóan kiadható praxisengedély, feltéve, hogy a korábbi praxisjoggal érintett körzetben a praxisjog jogosultja a helyettesítésről gondoskodik. Ha az új praxisjogra kiadott praxisengedély kiadásától számított 6 hónapig a korábbi praxisjog nem kerül elidegenítésre, a korábbi praxisjogra vonatkozó praxisengedélyt vissza kell vonni.
- akitől a praxisjogot az orvosi tevékenysége gyakorlásával összefüggő jogszabálysértő magatartása miatt visszavonták, a visszavonástól számított 5 évig.

**Nyilatkozom, hogy – a fentiekben ismertetett – praxisjog engedélyezését kizáró ok esetében nem áll fenn.**

**A fentiekre tekintettel kérem az eljáró hatóságot, hogy részemre a praxisjogot engedélyezni szíveskedjen!**

Kelt:.....év.....hónap..... nap

ph.

\_\_\_\_\_  
aláírás

## Csatolandó melléletek:

### 1. A szakmai megfelelés igazolása:

- 1.1 háziiorvosi körzethez: a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendeletben előírt feltételek teljesítését igazoló dokumentumok
- 1.2 házi gyermekorvosi körzethez: csecsemő- és gyermekgyógyászat szakorvos képesítés
- 1.3 fogorvosi körzethez: fogorvosi diploma
- 1.4 amennyiben praxisengedélyt a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM. rendelet (a továbbiakban: R.) 11. § (4) bekezdésében foglalt szakképesítések alapján kíván szerezni, úgy az előzőekben jelzett melléleteken kívül szíveskedjék csatolni:
  - az önkormányzattal megkötött szerződés a háziiorvosi tevékenység végzéséről (R.11.§ (4) bekezdés)
  - társadalombiztosítási ismeretek megszerzéséről szóló igazolás (R.11.§ (8) bekezdés)
  - szakmai felügyeletet vállaló orvos teljes bizonyító erejű okiratba foglalt nyilatkozata (R.11.§ (8) bekezdés)

### 2. kamarai tagság igazolása

### 3. egészségügyi alkalmassági vizsgálat eredményéről szóló igazolás

### 4. praxisjog átruházásáról szóló - közokiratba, vagy ügyvéd által ellenjegyzett magánokiratba, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt - szerződés, vagy a praxisjog folytatására való jogosultságot igazoló okiratok, ideértve - több folytatásra jogosult személy esetén - az Öotv. 2. § (5) bekezdésében meghatározott megállapodást is.

### 5. a kérelmező és az önkormányzat által kötött előszerződés (a végleges szerződés legkorábbi hatálybalépésének időpontjának megjelölésével)

### 6. nyilatkozat arról, hogy

6.1 nem rendelkezik praxisjoggal

6.2 rendelkezik praxisjoggal, de a praxisjog elidegenítésére nyitva álló időtartam (6 hónap) alatt gondoskodik a helyettesítésről

### 7. személyi azonosításra alkalmas fényképes igazolvány másolata

### 8. lakcímkártya másolata

### 9. nyilatkozat büntető eljárás vonatkozásában

### 10. nyilatkozat a másolatban csatolt iratok eredeti dokumentumokkal való egyezőségéről

### 11. adatvédelmi nyilatkozat

### 12. 16.000.-Ft igazgatási szolgáltatási díj befizetését igazoló dokumentum (postai készpénz átutalási megbízási szelvény, vagy utalást igazoló dokumentum - banki terhelési értesítő) az alábbiak szerint:

Név: Országos Kórházi Főigazgatóság

Cím: 1125. Bp. Diós Árok 3.

Adószám: 15845883-2-43

Számlaszám: 10032000-00362241-00000000

Átutalásnál a közleményben fel kell tüntetni az egyedi azonosító adatokat a (pl. név és egyedi pecsétszám)

**Kérjük, hogy a benyújtott iratanyagot elektronikusan és postai úton is megküldeni szíveskedjen!**

**E-mail cím: [praxisengedely@okfo.gov.hu](mailto:praxisengedely@okfo.gov.hu)**

**Postai cím: OKFŐ Alapellátási Igazgatóság 1125 Budapest, Diós árok 3. vagy 1525 Budapest 114, Pf.: 32.**

**Tájékoztatjuk, hogy joghatályos benyújtásnak a személyesen, hivatali kapun, vagy a postai úton megküldött iratanyag minősül!**