

Kérelem érvényes praxisjog engedély módosítása iránt

*Név (a személyi igazolványban szereplő név)
*Családi neve: _____
*Utóneve(i):
*Születési családi neve:
*Utóneve(i):
Egészségügyi tevékenység során használt név:
*Születési hely, idő:
*Anyja születési családi neve és utóneve:
*Lakcím (lakcímkártya szerint):
*Levelezési címe:
Telefonszám: e-mail cím:
*Alapnyilvántartási szám (orvosi pecsétszám):

Praxissal kapcsolatos adatok

*Elsődleges rendelő címe:
További ellátási helyek címe:
*Finanszírozási kód (NEAK azonosító 9 jegyű azonosító):

*Praxisjog engedélyben megjelölt, **módosítani kívánt adat:**

*Módosított praxisjog engedélyben feltüntetni kívánt adat:

A *-al jelölt adatok kitöltése kötelező!

A **praxisjog engedély módosítását** _____ **időponttól**
kérelmezem.

A fentiekre tekintettel kérem az eljáró hatóságot, hogy részemre a praxisengedély módosítását engedélyezni szíveskedjen!

Kelt:.....év.....hónap..... nap

ph.

aláírás

Csatolandó melléletek:

A praxisengedélyben módosítani kért adatot hitelesítő, bizonyító erejű dokumentum.

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

E-mail cím: praxisengedely@okfo.gov.hu

Postai cím: Országos Kórházi Főigazgatóság, Alapellátásfejlesztési 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!