ORSZÁGOS
KÓRHÁZI
FŐIGAZGATÓSÁG

1125 Budapest, Diós árok 3.
Tel.: 1 356 1522, Fax: 1 375 7253
1525 Budapest 114 Pf. 32.

Praxisengedély módosítása iránti kérelem

*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):

1125 Budapest, Diós árok 3.
Tel.: 1 356 1522, Fax: 1 375 7253
1525 Budapest 114 Pf. 32.

Praxissal kapcsolatos adatok

*A körzet székhelye (elsődleges rendelő címe): További ellátási helyek címe:
A praxis típusa (kérjük aláhúzással jelölni): házi gyermekorvosi háziorvosi felnőtt háziorvosi vegyes fogorvosi gyermek fogorvosi felnőtt fogorvosi vegyes
*A körzet azonosítója /A körzet 9 jegyű háziorvosi szolgálat (HSZ) vagy fogorvosi szolgálat (FIN) kódja/:
*Praxisengedélyben megjelölt, **módosítani kívánt adat:**
*Módosított praxisengedélyben **feltüntetni kívánt adat:**
*Indokolás:

A *-al jelölt adatok kitöltése kötelező!

1125 Budapest, Diós árok 3.
Tel.: 1 356 1522, Fax: 1 375 7253
1525 Budapest 114 Pf. 32.

A praxisengedély módosítását _____-tól (év, hónap, nap) kérem.

A fentiekre tekintettel kérem a praxisengedély módosítását!

Kelt:……év……..…hónap…… nap

ph.

_____

aláírás

<u>Csatolandó mellékletek:</u>

A praxisengedélyben módosítani kért adatot hitelesítő, igazoló, bizonyító erejű dokumentum.

A praxisengedély módosítása iránti kérelem joghatályos módon

- **személyesen (Budapest, XIII. kerület Jász utca 84-88. hétfő-csütörtök 10-14h, péntek 10-12h, benyújtáskor az OKFŐ-nek nincs lehetősége a benyújtásra kerülő iratok előzetes véleményezésére);**
- **postai úton (1525 Budapest 114. Pf. 32.);**
- **vagy hivatali kapun (AEEKALAPEL, KRID: 750512355) keresztül**

nyújtható be az OKFŐ Alapellátásfejlesztési Igazgatóság Praxiskoordinációs és Nyilvántartási Főosztálya részére.