

HIÁNYPÓTLÁS KIEGÉSZÍTŐ NYILATKOZAT PRAXISKÖZÖSSÉGI NYILVÁNTARTÁSBA VÉTELI ELJÁRÁSHOZ

Alulírott, a praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet (Pkr.) 2. § (3) bekezdése szerint létrehozott praxisközösségben résztvevő és praxisjoggal rendelkező orvossal praxist működtető

..... (egészségügyi szolgáltató megnevezése)
egészségügyi szolgáltató konzorciumi tag aláírásra jogosult képviselője:
....., és praxisjoggal rendelkező orvosa a sz. hiánypótlási
eljárás kiegészítése keretében

nyilatkozom,

hogy a HSZ/FIN kóddal rendelkező praxisban praxisjoggal rendelkező
..... (praxisjoggal rendelkező orvos neve) orvos közvetlen
és közvetett befolyásának mértéke az egészségügyi szolgáltatóban közeli hozzátartozóival együtt összesen:
.....% (orvos befolyás %).

Tudomásul veszem, hogy a Pkr. 2. § (6) bekezdésének b) pontja értelmében egy adott praxisban praxisjoggal rendelkező orvosnak (esetleg a praxisközösségben résztvevő más orvossal együtt) összesen legalább 75%-os befolyással kell rendelkeznie az adott praxist működtető szolgáltatóban. Egy orvos befolyását a közeli hozzátartozóinak (testvér, házastárs, szülő, gyermek) tulajdonrészeivel egybeszámítva kell megadni.

Jelen nyilatkozat az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) Alapellátásfejlesztési Igazgatóság, Praxiskoordinációs és Nyilvántartási Főosztálya által lefolytatott praxisközösségi nyilvántartásba vételi eljáráshoz kapcsolódóan került benyújtásra.

Kelt: (helység), 2023. (hó)(nap)

Aláírásra jogosult képviselő aláírása, céges bélyegző:

Aláírásra jogosult képviselő neve:

Praxisjoggal rendelkező orvos aláírása, orvosi bélyegző:

Praxisjoggal rendelkező orvos neve:
