

A bejelentést aláírva postai úton kérjük megküldeni!

Országos Kórházi Főigazgatóság
Alapellátásfejlesztési Igazgatóság
1125 Budapest, Diós árok 3., Levelezési cím: 1525 Budapest 114. Pf.: 32.
E-mail: praxisengedely@okfo.gov.hu

Praxisjog elidegenítési szándék bejelentése*

Kérjük, hogy a bejelentést olvashatóan, nagybetűkkel töltsse ki!

Eladó neve (praxisjog jogosultja)	
Eladó elérhetősége (telefonszám, e-mail)	
Eladó alapnyilvántartási száma/orvosi pecsét száma	
Elidegenítésre kerülő praxis székhelye (irányítószám, település, közterület neve, házsám stb.)	
Elidegenítésre kerülő praxis azonosítója /A körzet 9 jegyű házi orvosi szolgálat (HSZ) vagy fogorvosi szolgálat (FIN) kódja/	
Elidegenítésre kerülő praxis típusa (aláhúzással kérjük jelölni!)	házi gyermekorvos, házi orvosi felnőtt, házi orvosi vegyes, fogorvosi gyermek, fogorvosi felnőtt, fogorvosi vegyes
Elidegenítésre kerülő praxis vételára	

Hozzájárulok ahhoz, hogy az úrlapon megadott adataimat az Országos Kórházi Főigazgatóság az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendeletben meghatározott célok érdekében kezelje, a megadott elérhetőségeket kapcsolattartás céljára használja.

Kelt:,évhónapnap

.....
aláírás/pecsét

* **313/2011. (XII. 23.) Korm. Rend. 14. § (1)** A praxisjogot elidegeníteni szándékozó házi orvos – ideértve az Öotv. alapján a praxisjog elidegenítésére jogosult egyéb személyt is – ezen szándékát bejelenti a praxiskezelőnek. A praxiskezelő a bejelentés alapján a honlapján – ingyenesen – közzéteszi:

- az eladó nevét,
- a praxisjoggal érintett körzet megnevezését,
- a praxisjog vételárát.