

A bejelentést aláírva postai úton kérjük megküldeni!
Országos Kórházi Főigazgatóság
Alapellátásfejlesztési Igazgatóság
1125 Budapest, Diós árok 3., Levelezési cím: 1525 Budapest 114. Pf.: 32.

Praxisjog értékesítésének a bejelentése*

Kérjük, hogy a bejelentést olvashatóan, nagybetűkkel töltsse ki!

Eladó neve** (praxisjog jogosultja)	
Eladó elérhetősége (telefonszám, e-mail)	
Eladó alapnyilvántartási száma/orvosi pecsétszáma	
Eladott praxis székhelye (irányítószám, település, közterület neve, házsám stb.)	
Eladott praxis kódja /A körzet 9 jegyű háziiorvosi szolgálat (HSZ) vagy fogorvosi szolgálat (FIN) kódja/	
Eladott praxis típusa (aláhúzással kérjük jelölni!)	házi gyermekorvos, háziiorvosi felnőtt, háziiorvosi vegyes, fogorvosi gyermek, fogorvosi felnőtt, fogorvosi vegyes
A praxisjog tényleges és visszavonhatatlan átruházásának napja (év, hónap, nap)	
Adásvételi szerződés kelte	

Vevő neve	
Vevő elérhetősége (telefonszám, e-mail)	
Vevő alapnyilvántartási száma / orvosi pecsétszáma	

Kelt:,évhónapnap

.....
aláírás/pecsét

* **2000. évi II. törvény 2/C. § b)** pont: A praxiskezelő regisztrálja a praxisjogra vonatkozó adásvételeket, ebben a körben nyilvántartja az eladó és a vevő nevét és pecsétszámát, valamint a praxisjog és az adásvétel azonosítására szolgáló adatokat, továbbá közzéteszi és hirdeti a megvásárolható praxisjogokat.

****313/2011. (XII. 23.) Korm. Rend. 13. § (2)** bekezdés: A praxisjogra vonatkozó adásvételt az adásvétel megvalósulását követő harminc napon belül az eladó bejelenti a praxiskezelőnek.