

PRAXISENGEDÉLY KÉRELEM

A KÉRELMET BENYÚJTÓ ORVOS:	
egészségügyi tevékenység során használt neve	Dr Kiss Zsófia Erzsébet
alapnyilvántartási száma <i>orvosi pecsétszám</i>	78250
családi neve <i>személyazonosító igazolvány szerint</i>	Kiss
utóneve(i)	Zsófia Erzsébet
születési helye és ideje	Budapest 09, 1986.07.22
anyja leánykori neve	Szabó Mária Magdolna
állampolgársága	Magyar
Rendelkezik általános orvostan szakorvosi szakképesítéssel vagy háziorvostan szakorvosi szakképesítéssel?	Nem
<u>ELÉRHETŐSÉGEK:</u>	
lakcíme <i>lakcímkártya/tartózkodási engedély szerint</i>	8447 Ajka, Rendeki utca 53.
telefonszáma <i>csak kapcsolattartás céljára szolgál</i>	06208230712
e-mail címe <i>csak kapcsolattartás céljára szolgál</i>	zsofia.erzsebet.kiss@gmail.com
<u>PRAXISSAL KAPCSOLATOS ADATOK</u>	
a praxis típusa	Felnőtt Háziorvosi
a praxis engedély kérelmének jogcíme	betöltés

A háziorvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi tevékenység megkezdésének tervezett időpontja Kérjük vegye figyelembe a következő szempontokat: - nem lehetséges a kérelem beérkezését megelőző időpontot megjelölni, - az ügyintézési idő minimum 8 nap, hiányosan érkezett kérelem esetében 60 nap, - a praxisengedély birtokában igényelhető a működési engedély, azt követően köthető meg a finanszírozási szerződés - a tevékenység kezdő időpontja az önkormányzattal kötött feladat-ellátási szerződésben, illetve az egészségügyi szolgálati munkaszerződésben meghatározott nap	2025.09.01
A körzet megjelölése a hatályos önkormányzati rendelet szerint (pl. Kiskőrös 2. számú felnőtt háziorvosi körzete)	Ajka V. számú felnőtt háziorvosi körzet
a körzethez tartozó települések felsorolása - amennyiben több település alkot egy körzetet, minden település megjelölése szükséges - fővárosban a kerület számát is jelölje meg	Cserháti István tér, Hóvirág utca, Kiskert utca, Kosztolányi utca, Móra Ferenc utca 18-28-ig, Nárcisz utca, Nefelejcs utca, Puskin utca, Sport utca 2-12-ig és 7- 25-ig, Széchenyi utca 44-186-ig, Újvilág utca
rendelő címe - a körzet székhelye - több település esetén a további rendelők címei	8400 Ajka, Semmelweis utca 1.
Új kialakítású körzet	Nem
a körzet 9 jegyű HSZ vagy FIN kódja	190090005
rendelkezik-e jelenleg praxisjoggal	Nem
Az önálló orvosi tevékenységet (háziorvosi, fogorvosi tevékenységet) egészségügyi szolgáltató jogi személy közreműködésével kívánja ellátni?	Igen
Egészségügyi szolgáltató neve:	Ambulance Medical Kft.
Adószáma:	23314249-2-13
	A háziorvosi szolgáltatást nyújtó szervezetben (gazdasági társaságban) önálló háziorvosi tevékenységet kizárólag praxisjoggal rendelkező tag, illetve praxisjoggal rendelkező alkalmazott láthat el. Az alkalmazott foglalkoztatás történhet • egészségügyi szolgálati munkaszerződéssel (Eszjtv. szerint) ha az orvos az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény szerinti egészségügyi szolgálati jogviszonyban látja el a tevékenységet (pl. az önkormányzat vagy az önkormányzat egészségügyi intézménye alkalmazásában áll), • munkaszerződéssel (Mt. szerint) ha az orvos a feladat-ellátási szerződésben szereplő egészségügyi szolgáltatóval a munka törvénykönyvről szóló 2012. évi I. törvény szerinti munkaviszonyban látja el a tevékenységet. A gazdasági társaságok tulajdonosi (tag) viszonyait a cégnyilvántartás publikus adataival vetjük össze. Nincs szükség munkaszerződésre, ha az orvos a gazdasági társaság tagja (tulajdonosa) vagy egyéni vállalkozó.
Szándékában áll-e a legalább 12 hónapja betöltetlen körzeteket betöltő orvosok letelepedésének támogatására kiírt felhívásra pályázatot benyújtani?	Igen Tervezett pályázatának sikere érdekében kérjük, hogy megjelölt pályázatát az itt kitöltött kérelem beküldését megelőzően szíveskedjen beküldeni. Ezt a praxisengedély iránti kérelmet az OKFÓ részére, tervezett pályázatát a NEAK részére kell beküldeni.

ELJÁRÁSI KÖLTSÉG:	
igazgatási szolgáltatási díj	20.000,-Ft befizetését igazoló bizonylat • <i>postai készpénz átutalási megbízási szelvény, vagy a <u>sikeres utalást igazoló dokumentum</u> - banki terhelési értesítő</i> • <i>a közleményben fel kell tüntetni az egyedi azonosító adatokat a (pl. név és egyedi pecsétszám)</i> • <i>Név: Országos Kórházi Főigazgatóság</i> <i>Cím: 1125. Bp. Diós Árok 3.</i> <i>Adószám: 15845883-2-43</i> <i>Számlaszám: 10032000-00362241-00000000</i>
számlát kérek	Igen
számlázási adatok	Számlázási név: Ambulance Medical Kft. (Adószám: 23314249-2-13) Számlázási cím: 2000 Szentendre, Fehérvíz utca 6.
egyéb információ, tájékoztatás	

Nyilatkozom, hogy:

- a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek,
- a feltöltött iratok másolatai az eredetivel mindenben egyezők,
- a praxisjogot az orvosi tevékenységem gyakorlásával összefüggő jogszabálysértő magatartásom miatt a kérelem benyújtását megelőző 5 éven belül nem vonták vissza tőlem,
- a praxisjoggal rendelkező háziorvos/fogorvos és az adott praxisjoggal érintett települési önkormányzat közötti feladat-ellátási szerződés – különösen az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény 2/B. § (1) a)-j) pontjaiban foglalt - tartalmi elemeinek rendelkezéseit magamra nézve kötelezőnek fogadom el.
- amennyiben a praxisjog vásárlás vagy letelepedés támogatására kiírt NEAK felhívásra vonatkozóan pályázatot nem kívánok benyújtani és ezt a szándékomat a praxisengedélyezési eljárás során az Országos Kórházi Főigazgatóság elektronikus űrlapján jelezttem, az aktuális pályázati felhívás időszakában erről a pályázati lehetőségről lemondok.
- A nyilatkozatokat annak ismeretében tettem meg, hogy az Országos Kórházi Főigazgatóság a praxisengedélyt visszavonja, ha a kérelem benyújtója az eljárás során az ügy érdemi elbírálása szempontjából rosszhiszemű volt. Rosszhiszeműnek minősül különösen az a személy, aki az eljárás során valamely, az engedély megadása szempontjából fontos tény, adatot, körülményt elhallgat, adatot meghamisít, vagy más módon a hatóságot megtéveszti.

Rosshiszeműnek minősül különösen az a személy, aki az eljárás során valamely, az engedély megadása szempontjából fontos tény, adatot, körülményt elhallgat, adatot meghamisít, vagy más módon a hatóságot megtéveszti. - Hozzájárulok, hogy a kérelemben és annak mellékleteiben található adataimat az Országos Kórházi Főigazgatóság az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvényben, az e törvény végrehajtására kiadott 313/2011. (XII.23.) Korm. rendeletben, a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendeletben meghatározott célok érdekében kezelje, a megadott elérhetőségeket kapcsolattartás céljára használja. Tudomásul veszem, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben foglaltak alapján az Országos Kórházi Főigazgatóság a praxiskezelői feladatai körében kezelt adatok tekintetében adatkezelő, amely

adatokat a jogszabályban meghatározottak szerinti levéltárba adásig kezeli.

A kérelem elektronikus kitöltése során az alábbi mellékletek kerültek feltöltésre:

- Az igazgatási szolgáltatási díj sikeres befizetését igazoló dokumentum
- Egészségügyi alkalmasság igazolása
- A háziorvosi feladatok ellátására az önkormányzattal megkötött feladat-ellátási szerződés vagy feladat-ellátási előszerződés vagy egészségügyi szolgálati munkaszerződés.
- Szakmai felügyeletet ellátó orvos nyilatkozata
- Munkaszerződés

Az eljárás a kérelemnek az Országos Kórházi Főigazgatósághoz (eljáró hatósághoz) történő megérkezését követő napon indul.

Kelt:(település)(év).....(hónap).....(nap)

ph.
aláírás

A kérelem vagy hiánypótlás benyújtására van lehetőség személyesen, előzetes egyeztetést követően a következő telefonszámon +36 1-354-5365;

Hivatali kapun keresztül: AEEKALAPEL krid: 750512355;

Postai úton való benyújtáskor a postai cím: OKFŐ Alapellátási Igazgatóság 1125 Budapest, Diós árok 3. vagy 1525 Budapest 114, Pf.: 32