

## PRAXISENGEDÉLY KÉRELEM

| <b>A KÉRELMET BENYÚJTÓ ORVOS:</b>                                                                                |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>egészségügyi tevékenység során használt neve</b>                                                              | Dr. Palsics Kitti            |
| <b>alapnyilvántartási száma</b><br><i>orvosi pecsétszám</i>                                                      | 89586                        |
| <b>családi neve</b><br><i>személyazonosító igazolvány szerint</i>                                                | Dr. Palsics                  |
| <b>utóneve(i)</b>                                                                                                | Kitti                        |
| <b>születési helye és ideje</b>                                                                                  | Nyíregyháza, 1995.06.22      |
| <b>anyja leánykori neve</b>                                                                                      | Kornis Tünde                 |
| <b>állampolgársága</b>                                                                                           | Magyar                       |
| <b>Rendelkezik általános orvostan szakorvosi szakképesítéssel vagy háziorvostan szakorvosi szakképesítéssel?</b> | Igen                         |
| <b><u>ELÉRHETŐSÉGEK:</u></b>                                                                                     |                              |
| <b>lakcíme</b><br><i>lakcímkártya/tartózkodási engedély szerint</i>                                              | 4465 Rakamaz, Hunyadi út 20. |
| <b>telefonszáma</b><br><i>csak kapcsolattartás céljára szolgál</i>                                               |                              |
| <b>e-mail címe</b><br><i>csak kapcsolattartás céljára szolgál</i>                                                | kitti.palsics@gmail.com      |
| <b><u>PRAXISSAL KAPCSOLATOS ADATOK</u></b>                                                                       |                              |
| <b>a praxis típusa</b>                                                                                           | Felnőtt Háziorvosi           |
| <b>a praxis engedély kérelmének jogcíme</b>                                                                      | betöltés                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>A háziorvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi tevékenység megkezdésének tervezett időpontja</b><br/>Kérjük vegye figyelembe a következő szempontokat:<br/>- nem lehetséges a kérelem beérkezését megelőző időpontot megjelölni,<br/>- az ügyintézési idő minimum 8 nap, hiányosan érkezett kérelem esetében 60 nap,<br/>- a praxisengedély birtokában igényelhető a működési engedély, azt követően köthető meg a finanszírozási szerződés<br/>- a tevékenység kezdő időpontja az önkormányzattal kötött feladat-ellátási szerződésben, illetve az egészségügyi szolgálati munkaszerződésben meghatározott nap</p> | 2025.09.01                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>A körzet megjelölése</b><br/>a hatályos önkormányzati rendelet szerint (pl. Kiskőrös 2. számú felnőtt háziorvosi körzete)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Demecser I.sz. háziorvosi körzet                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>a körzethez tartozó települések felsorolása</b><br/>- amennyiben több település alkot egy körzetet, minden település megjelölése szükséges - fővárosban a kerület számát is jelölje meg</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Demecser                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>rendelő címe</b><br/>- a körzet székhelye<br/>- több település esetén a további rendelők címei</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 4516 Demecser, Szabolcsvezér út 11.                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Új kialakítású körzet</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nem                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>a körzet 9 jegyű HSZ vagy FIN kódja</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 150090029                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>rendelkezik-e jelenleg praxisjoggal</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nem                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Az önálló orvosi tevékenységet (háziorvosi, fogorvosi tevékenységet) egészségügyi szolgáltató jogi személy közreműködésével kívánja ellátni?</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nem                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Szándékában áll-e a legalább 12 hónapja betöltetlen körzeteket betöltő orvosok letelepedésének támogatására kiírt felhívásra pályázatot benyújtani?</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Igen</p> <p>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.</p> |

| <b>ELJÁRÁSI KÖLTSÉG:</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>igazgatási szolgáltatási díj</b>   | <b>20.000,-Ft befizetését igazoló bizonylat</b><br>• <i>postai készpénz átutalási megbízási szelvény, vagy a <u>sikeres utalást igazoló dokumentum</u> - banki terhelési értesítő</i><br>• <i>a közleményben fel kell tüntetni az egyedi azonosító adatokat a (pl. név és egyedi pecsétszám)</i><br>• <i>Név: Országos Kórházi Főigazgatóság</i><br>• <i>Cím: 1125. Bp. Diós Árok 3.</i><br>• <i>Adószám: 15845883-2-43</i><br>• <i>Számlaszám: 10032000-00362241-00000000</i> |
| <b>számlát kérek</b>                  | Nem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>egyéb információ, tájékoztatás</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**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 jeleztem, 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.

**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**