

PRAXISENGEDÉLY KÉRELEM

<u>A KÉRELMET BENYÚJTÓ ORVOS:</u>	
egészségügyi tevékenység során használt neve	Dr.Miklós Zsuzsa
alapnyilvántartási száma <i>orvosi pecsétszám</i>	79518
családi neve <i>személyazonosító igazolvány szerint</i>	Miklós
utóneve(i)	Zsuzsza
születési helye és ideje	Csíkszereda (Románia), 1987.08.14
anyja leánykori neve	Albert Magdolna
állampolgársága	Magyar
<u>ELÉRHETŐSÉGEK:</u>	
lakcíme <i>lakcímkártya/tartózkodási engedély szerint</i>	3529 Miskolc, Mikes Kelemen u 34 3.em. 4.a.
telefonszáma <i>csak kapcsolattartás céljára szolgál</i>	36303588478
e-mail címe <i>csak kapcsolattartás céljára szolgál</i>	m.zsuzsa14@gmail.com
<u>PRAXISSAL KAPCSOLATOS ADATOK</u>	
a praxis típusa	Felnőtt Fogorvosi
a praxis engedély kérelmének jogcíme	átruházás

A háziiorvosi, 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	2025.08.01
A körzet megjelölése a hatályos önkormányzati rendelet szerint (pl. Kiskőrös 2. számú felnőtt háziiorvosi körzete)	Miskolc 1.sz. vegyes körzet
a körzethez tartozó települések felsorolása - amennyiben több település alkot egy körzetet, minden település megjelölése szükséges - fővárosban a kerület számát is jelölje meg	Feladat-ellátási szerződésben megjelölt utcalista szerint
rendelő címe - a körzet székhelye - több település esetén a további rendelői címei	3529 Miskolc, Mikes Kelemen u 5.szám
Új kialakítású körzet	Nem
a körzet 9 jegyű HSZ vagy FIN kódja	050096232
rendelkezik-e jelenleg praxisjoggal	Nem
Az önálló orvosi tevékenységet (háziiorvosi, fogorvosi tevékenységet) egészségügyi szolgáltató jogi személy közreműködésével kívánja ellátni?	Igen
Egészségügyi szolgáltató neve:	Adamantin Kft
Adószáma:	11918585-1-05
	A háziiorvosi szolgáltatást nyújtó szervezetben (gazdasági társaságban) önálló háziiorvosi 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 törvénykönyvéről 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.

ELJÁRÁSI KÖLTSÉG:	
igazgatási szolgáltatási díj	20.000,-Ft befizetését igazoló bizonylat • <i>postai készpénz átutalási megbízási szelvény, vagy a sikeres utalást igazoló dokumentum - 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: Adamantin Kft (Adószám: 11918585-1-05) Számlázási cím: 3525 Miskolc, Régiposta u. 29.
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.
- Szerződés a praxisjog átruházásról
- 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