

Nyilatkozat és praxisközösségi felvételi kérelem

1. Egészségügyi szolgáltató azonosítása

Háziorvosi/fogorvosi szolgáltató intézmény megnevezése:

Szöllősi Medical Betéti Társaság

A szolgáltató 4 jegyű NEAK kódja: **R853**

A szolgáltató képviselőjének neve: **Dr. Szöllősi Zsófia**

A szolgáltató székhelye: **2040Budaörs, Hóvirág utca 26.**

A szolgáltató e-mail címe: **szollosimedical@gmail.com**

A szolgáltató telefonszáma: **06301647906**

2. Háziorvosi/fogorvosi szolgálat (praxis) azonosítása

A szolgálat elsődleges telephelyének (rendelőjének) címe:

1033Budapest, Pethe Ferenc tér 3.

A szolgálat 9 jegyű HSZ/FIN kódja: **010092837**

A szolgálat típusa: **háziiorvosi, felnőtt körzet**

A szolgálat orvosának személyazonosító igazolványában

szereplő neve: **Dr. Szöllősi Zsófia**

A szolgálat orvosának egészségügyi tevékenység során

használt neve: **Dr. Szöllősi Zsófia**

A szolgálat orvosának pecsét száma: **76641**

3. Felvételi kérelem kollegiális praxisközösségbe

A Pkr. 3. § (1) bekezdése szerint praxisközösségi felvételi kérelmet nyújtok be a Pkr. 2. §. (2) bekezdése szerinti kollegiális praxisközösségbe és nyilatkozom, hogy szolgáltatónként vállalom a területi kollegiális szakmai vezetői választásokon való részvételt, a praxiskezelő, illetve a területi szakmai vezető által összehívott konzultációkon való részvételt, hetente legalább 20 óra rendelési idő biztosítását, benne legalább 4 óra prevenciósz rendeléssel, a prevenciósz rendelés során a praxiskezelő által megadott módszertanok alkalmazását, a praxis aggregált morbiditási, mortalitási és a praxiskezelő által kért statisztikai adatok összeállítását és megadását, a területen működő szolgálatokkal közös helyettesítési rend kialakítását, valamint a területen működő szolgálatokkal és ügyeleti szolgálatokkal ügyeleti rend kialakítását.

Tudomásul veszem, hogy jelen jognyilatkozat nem azonos az egyesült vagy integrált praxisközösség vagy a praxisközösségi konzorcium nyilvántartásba vételi kérelmével, azonban a kollegiális praxisközösségbe történő felvétel szükséges a többi praxisközösségi forma nyilvántartásba vételéhez is.

4. Adatkezelési hozzájárulás

Hozzájárulok ahhoz, hogy a fenti azonosítás során és az elektronikusan megadott adataimat az Országos Kórházi Főigazgatóság, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, az egészségügyi államigazgatási szervek, valamint a kollegiális szakmai vezetők kezeljék, továbbá feltüntetett elérhetőségeimen felvegyék velem a kapcsolatot. Tudomásul veszem, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben foglaltak alapján az Országos Kórházi Főigazgatóság a Pkr.-ben foglalt feladatai körében kezelt adatok tekintetében adatkezelő, amely adatokat a jogszabályban meghatározottak szerint kezeli.

Kelt:(helység) 20.....(év).....(hó).....(nap)

Dr. Szöllősi Zsófia

Szöllősi Medical Betéti Társaság

(cégszerű aláírás, intézményi pecsét)

Dr. Szöllősi Zsófia

(orvos aláírása, orvosi pecsét)