

KÉRELEM A PRAXISKEZELŐHÖZ

kollegiális praxisközösségi tagság megszüntetésének tárgyában

1. Egészségügyi szolgáltató azonosítása

Háziorvosi/fogorvosi szolgáltató intézmény

megnevezése: Dr. Orbán Livia

A szolgáltató 4 jegyű NEAK kódja: U557

A szolgáltató képviselőjének neve: Dr. Orbán Livia

A szolgáltató székhelye: 7175 Felsőnána, Béke utca 15/A

A szolgáltató e-mail címe: lz2023szolgaltato@gmail.com

A szolgáltató telefonszáma: 06302877369

2. Háziorvosi/fogorvosi szolgálat (praxis) azonosítása

A szolgálat elsődleges telephelyének (rendelőjének)

címe: 7013 Cece, Jókai Mór utca 11

A szolgálat 9 jegyű HSZ/FIN kódja: 070096009

A szolgálat típusa: fogorvosi, vegyes körzet

A szolgálat orvosának neve: Dr. Orbán Livia

A szolgálat orvosának pecsétszáma: 90007

3. Kérelem kollegiális praxisközösségi tagság megszüntetésére

Alulírott, az 1. pontban azonosított egészségügyi szolgáltató aláírásra jogosult képviselője nyilatkozom, hogy [1401] napjától kérem a 2. pontban azonosított szolgálat (praxis) a praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Pkr.) 2. § (2) bekezdése szerinti területi kollegiális praxisközösségi tagságának megszüntetését.

Tudomásul veszem, hogy a praxisközösségi tagság megszüntetésével a szolgálat (praxis) a továbbiakban nem felel meg a Pkr. 2. § (2) és (3) bekezdésében foglalt feltételeknek és az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alaphól történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 16/A. § (3) bekezdése szerint a Pkr. 2. § (2) és (3) bekezdése szerinti praxisközösségre irányadó emelt összegű orvosi bértámogatásra a praxisközösségi tagság megszüntetésének napját magában foglaló hónap utolsó napjáig vagyok jogosult.

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

Dr. Orbán Livia

Dr. Orbán Livia

(cégszerű aláírás, intézményi pecsét)