



Állami Népegészségügyi és
Tisztiorvosi Szolgálat

Működési engedély iránti kérelem "A" lap

1.oldal

egészségügyi szolgáltatás nyújtására működési engedély kiadásához,
felülvizsgálatához, módosításához, cseréjéhez a 2/2004.(XI.17.) EüM rendelet és a 96/2003.(VII.15.) Korm.
rendelet alapján

Az egészségügyi szolgáltató adatai

1. Szolgáltató egyedi azonosítója: *

Szolgáltató neve / cégszerű megnevezése: _____

Szolgáltató rövid neve: _____

Szolgáltató székhelyének címe: város/község
_____ út/ utca _____ hsz _____ emelet/ajtó

Telefon/fax: _____

E-mail cím: _____

Magánszemély esetén továbbá

Családi és utónév: _____

Születéskori név: _____

Anyja születéskori neve: _____

Születési hely, idő: _____ év _____ hó _____ nap

Jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság esetén

Létrejöttét igazoló okirat és száma: _____

Képviselő neve: _____

Képviselő elérhetősége (cím, tel./fax, email): _____

Képviselő jellege: törvényes képviselő szervezeti képviselő meghatalmazott

Képviselő tartalma: korlátozás nélkül korlátozott

2. Fenntartó megnevezése _____

3. Egészségügyi szolgáltató elnevezés szerinti kódja:

4. Gazdálkodási működési forma:

5. Egyéni vállalkozó esetén az egészségügyi tevékenység TEÁOR száma: **85.11** **85.12** **85.13** **85.14** **52.32**

6. KSH törzsszám (adószám első nyolc számjegye):

7. Közszolgáltatásban való részvétel (I/N/K):

8. Egészségügyi szolgáltatásainak egy részét nyújtja-e más egészségügyi szolgáltató közreműködésével (I/N):

9. Meglévő működési engedély adatai

Műk. engedélyt kiadó ÁNTSZ intézet megnevezése: _____

Működési engedély kiadás dátuma: év hó nap

Működési engedély száma: _____

Működés korlátozásának megjelölése: _____

A működés szüneteltetésével kapcsolatos adatok: _____

Mellékletek:

10. "A" lapok száma:
11. „B” lapok száma:
12. „C” lapok száma:
13. Egészségügyi ellátási kötelezettségre vonatkozó szerződés, előszerződés (I/N):
14. Közreműködésről szóló szerződés, előszerződés (db szám):
15. Tárgyi feltételek feltételek -ideértve az ingatlant is - használatának jogcímét igazoló okirat (db szám)
16. Egyéni vállalkozó kérelme esetén működési nyilvántartásba vétel igazolása (I/N):
17. Felelősségbiztosítási szerződés (I/N):

Ha még nem rendelkezik felelősségbiztosítási szerződéssel:

Nyilatkozom arról, hogy a 96/2003.(VII.15.)Korm. rendelet 8 § (2) bekezdés d) pontja alapján a felelősségbiztosítási szerződést a működési engedély jogerőre emelkedésétől számított 8 napon belül bemutatom az egészségügyi hatóságnak.

PH

aláírás

18. Egyéb pl. az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003.évi LXXXIV. törvény alapján, az egészségügyi tevékenység végzésére való alkalmasságot, munkaköri alkalmasságot igazoló dokumentum (I/N)
- _____
- _____

Azzal a kérelemmel fordulunk az ÁNTSZ intézetéhez, hogy a mellékelt "B" lapo(ko)n jelölt szakmai-szervezeti egységünknek a felsorolt szakmákra a jelzett szolgáltatásokra működési engedélyt megadni szíveskedjék. Egyúttal nyilatkozom arról, hogy a működési engedély kiadásának a 96/2003 (VII.15.) Korm. rendeletben foglalt kizáró okai nem állnak fenn, illetve tudomásul veszem, hogy a 2/2004 (XI.17.)EüM rendelet 8 §-a alapján az engedélyezésről vezetett nyilvántartásba kerülő adatok közérdekű adatoknak minősülnek, azokhoz bárki hozzáférhet.

_____ év hó nap

P.H.

aláírás

Az egészségügyi tevékenységgel kapcsolatos igazgatási szolgáltatási díjat befizette.
A kérelmet átvettem.

_____ év hó nap

_____ **ÁNTSZ ügyintéző aláírása**