

Szerződéskötési/-módosítási kérelem

KÉRJÜK, HOGY EGÉSZSÉGÜGYI TEVÉKENYSÉG VÉGZÉSE ESETÉN A SZERZŐDÉSKÖTÉSI KÉRELEM BENYÚJTÁSÁT MEGELŐZŐEN MINDEN ESETBEN ELLENŐRIZZÉK, HOGY AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT ÁLTAL VEZETETT NYILVÁNTARTÁSBAN ([HTTP://KERESO.ENKK.HU/](http://kereso.enkk.hu/)) A SZERZŐDÉS ALAPJÁN EGÉSZSÉGÜGYI TEVÉKENYSÉGET VÉGZŐ SZEMÉLY VONATKOZÓ SZAKKÉPESÍTÉSE ÉRVÉNYES STÁTUSSZAL BEJEGYZÉSRE KERÜLT-E. AMENNYIBEN A BEJEGYZÉSEK KÖZÖTT HIÁNYOSSÁGOT ÉSZLELNEK, SZÍVESKEDJENEK A KAPCSOLATOT AZ ÁEEK-KEL, ANNAK PÓTLÁSA CÉLJÁBÓL FELVENNI. KÉRELMEKET EZT MEGELŐZŐEN NE NYÚJTSÁK BE!

MEGLÉVŐ SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSÁNAK SZÁNDÉKA ESETÉN CSAK AZOKAT A RÉSZEKET KELL KITÖLTENI, AMELYEKET A MÓDOSÍTÁS ÉRINT, DE A 4.1., 4.2. ÉS 5. PONT SZERINTI ADATOK KÖZLÉSE, KITÖLTÉSE EBBEN AZ ESETBEN IS KÖTELEZŐ!

KÉRELMEZŐ TÖLTI KI!

☐ új szerződés kötése

☐ meglévő szerződés módosítása ¹

Alulírott jelen kérelem útján szerződés megkötését/módosítását kezdeményezem a **Debreceni Egyetemmel, a Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórházának tevékenységéhez kapcsolódóan**, az alább részletezettek szerint:

1. Szerződés tárgya, a végezni kívánt tevékenység leírása: ²

[illegible]

2. Tevékenység végzésének helye:

Telephely: _____

Szervezeti egység neve: _____

¹ A megfelelő rovatba tegyen X-et!

² Szükség szerint pótlapon folytatható.

Szerződéskötési/-módosítási kérelem

3. Egészségügyi szakma, szakmafőcsoport megnevezése: ¹ _____

4. Szerződő partner adatai

4.1. Működési forma, azonosítási, kapcsolattartási adatok: ²

- ☐ szabadfoglalkozású egészségügyi dolgozó (**magánszemély**)
- ☐ természetes személy (**magánszemély**)
- ☐ felsőoktatási intézmény hallgatója (**magánszemély**)

Születési hely, idő: _____

Anyja neve: _____

Személyi igazolvány száma: _____

TAJ-szám: _____

Adóazonosító jel/adószám: _____

Lakcím: _____

Bankszámlaszám, számlavezető pénzintézet neve: _____

Tel. szám: _____

E-mail: _____

Felsőoktatási intézmény és szak megnevezése (csak hallgató esetében): _____

☐ **egyéni vállalkozó**

Szabadfoglalkozású: ☐ igen ☐ nem

Vállalkozói igazolvány száma / Nyilvántartási szám: _____

Székhely: _____

Adószám: _____

Bankszámlaszám, számlavezető pénzintézet neve: _____

Tel. szám: _____

E-mail: _____

¹ Csak egészségügyi feladatra szóló szerződéses tevékenység esetében kell kitölteni. (pl.: belgyógyászat, gasztroenterológia, általános sebészet, röntgendiagnosztika, szemészet, urológia...stb.)

² Kérjük, a megfelelő formát jelölje X-szel, a vonatkozó adatokat töltsse ki!

Szerződéskötési/-módosítási kérelem

☐ **társas vállalkozás** (Bt., Kkt., Kft., Zrt., Nyrt.)

Cégnév: _____

Cégjegyzékszám: _____

Székhely: _____

Adószám: _____

Bankszámlaszám, számlavezető pénzintézet neve: _____

Céggépviselő: _____

Tel. szám: _____

E-mail: _____

☐ **egyéb (pl.: költségvetési intézmény, alapítvány):**¹

Szervezet neve: _____

Szervezet működési formája: _____

Nyilvántartási szám: _____

Székhely: _____

Adószám: _____

Bankszámlaszám, számlavezető pénzintézet neve: _____

Képviselőre jogosult: _____

Tel. szám: _____

E-mail: _____

4.2. Szervezet nevében személyesen közreműködő személy adatai

Neve: _____

Orvosok esetében kitöltendő rész

☐ szakorvos ☐ felsőfokú szakirányú szakképzésben részt vevő (rezidens)

Szakvizsga megnevezése, megszerzésének éve:

Pecsétszám: _____

Működési nyilvántartási szám: _____

¹ Kérjük, hogy a működési formán túl szíveskedjen megadni a szervezet beazonosításához szükséges alapvető adatokat is (pl.: név, székhely, nyilvántartási szám, képviselő, adószám...stb.).

Szerződéskötési/-módosítási kérelem

Kérjük, hogy a szerződéssel érintett szervezeti egység vezetőjével együttműködésben feltétlenül töltsse ki és írja alá az 1. sz. mellékletet is.

Szakdolgozók esetében kitöltendő rész

Képesítés megnevezése, megszerzésének éve:

Működési nyilvántartási szám: _____

5. Magánszemélyek és egyéni vállalkozók nyilatkozatai: ¹

Alulírott személy jogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy

- a) a rám irányadó nyugdíjkorhatárt betöltöttem és az öregségi teljes nyugdíjhoz szükséges szolgálati időt megszereztem

☐

igen

☐

nem,

- b) a Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézetnél közalkalmazotti jogviszonyom

☐

fennáll

☐

nem áll fenn,

annak fennállása esetén munkaköröm a szerződéskötési kérelemben megjelölt tevékenységtől eltér

☐

igen

☐

nem.

Debrecen, 20____ év _____ hónap _____ nap

kérelmező aláírása

A PÉNZÜGYI KÖZPONT FELELŐSE/SZERVEZETI EGYSÉG VEZETŐJE TÖLTI KI!

A szerződés megkötését az alábbi feltételekkel támogatom: ²

Fekvőbeteg-szakellátásra szóló/önkéntes szerződés heti óraszám: _____

Járóbeteg-szakellátás esetén rendelési idő: ³

Heti óraszám: _____

¹ Kizárólag magánszemélyek és egyéni vállalkozók esetében kérjük kitölteni.

² Csak foglalkoztatásra irányuló egyéb jogviszonyok esetében szükséges kitölteni (pl.: megbízási szerződés, személyes közreműködői szerződés, közreműködői szerződés, önkéntes szerződés...stb.).

³ A rendelési időt úgy kell meghatározni, hogy az a kórház működési engedélyében az adott szakmára és ellátó helyre engedélyezett rendelési idő keretein belül legyen.

Szerződéskötési/-módosítási kérelem

Tényleges rendelési idő (a heti óraszámhoz igazodóan, órákra lebontva) ¹:

Szervezeti egység azonosító (NEAK v. ÁNTSZ azonosító):	Szervezeti egység azonosító (NEAK v. ÁNTSZ azonosító):	Szervezeti egység azonosító (NEAK v. ÁNTSZ azonosító):	Szervezeti egység azonosító (NEAK v. ÁNTSZ azonosító):
Hé:	Hé:	Hé:	Hé:
Ke:	Ke:	Ke:	Ke:
Sze:	Sze:	Sze:	Sze:
Csü:	Csü:	Csü:	Csü:
Pé:	Pé:	Pé:	Pé:
Szo:	Szo:	Szo:	Szo:
Vas:	Vas:	Vas:	Vas:

Szerződés időtartama:

☐ határozatlan

☐ határozott

20____ év _____ hónap ____ naptól

20____ év _____ hónap ____ napig.

Díjazás mértéke (összeg + pénznem/elszámolási egység ²): _____

Pénzügyi központ kód (12 jegyű azonosító): _____

A foglalkoztatás indoka: ³

A szerződés megkötése a közfeladatok ellátásához feltétlenül szükséges és

☐ az adott feladat elvégzéséhez megfelelő szakértelemmel, szakképzettséggel és gyakorlattal, vagy egyéb megfelelő sajátos szakmai adottságokkal, képességekkel rendelkező személyt az egyetem nem foglalkoztat, illetve nincs elegendő kapacitása az adott feladatra.

vagy

☐ a szerződés tárgyát képező szolgáltatás egyedi, időszakos, vagy meghatározott alkalmanként, időben rendszertelenül ellátandó feladat.

¹ Amennyiben a személyesen közreműködő személy párhuzamosan több rendelésben (több szervezeti egység azonosító terhére) folytat tevékenységet, a rendelési időt szervezeti egység azonosítónként külön-külön kell meghatározni!

² pl.: 5.000 HUF/óra, 800.000 HUF/hónap, 2.400.000 HUF/év, 5.000.000 HUF/szerződés

³ Kizárólag a nem egészségügyi feladatellátásra szóló, foglalkoztatásra irányuló egyéb jogviszonyok (megbízási, vállalkozási szerződések) esetében szükséges kitölteni. A megfelelő rovatba tegyen X-et!

Szerződéskötési/-módosítási kérelem

Kérjük, hogy orvosok esetében a szerződő partnerrel együttműködésben feltétlenül töltsse ki és írja alá az 1. sz. mellékletet is.

Debrecen, 20____ év _____ hónap _____ nap

pénzügyi központért felelős
szervezeti egység vezető

SAKTERÜLETILEG ILLETÉKES ORVOS IGAZGATÓ/ÁPOLÁSI IGAZGATÓ TÖLTI KI! ¹

A szerződés megkötését:

☐ támogatom

☐ nem támogatom.

Debrecen, 20____ év _____ hónap _____ nap

szakterületileg illetékes
orvos igazgató / ápolási igazgató

GAZDÁLKODÁSI IGAZGATÓSÁG TÖLTI KI!

A szerződés megkötéséhez a szükséges fedezet rendelkezésre áll, illetve a szerződés megkötését – pénzügyi-költségvetési szempontok mérlegelése után – indokoltnak, elfogadhatónak tartom:

☐ igen

☐ nem.

A szerződés éves díja, vagy amennyiben a szerződés egy évnél rövidebb időtartamú a teljes szerződéses díj összege forintban: _____

Kötelezettségvállalás száma (SAP): _____

Költséghely: _____ Forrás: _____ Főkeret: _____

Keret: _____ Szervezet: _____ Szakfeladat: _____

Debrecen, 20____ év _____ hónap _____ nap

DE-KEK gazdálkodási igazgató

¹ Csak foglalkoztatásra irányuló egyéb jogviszonyok esetében szükséges kitölteni (pl.: megbízási szerződés, személyes közreműködői szerződés, közreműködői szerződés, önkéntes szerződés...stb.).

Szerződéskötési/-módosítási kérelem

FŐIGAZGATÓ TÖLTI KI!

A szerződés megkötését:

☐

engedélyezem

☐

elutasítom.

Debrecen, 20____ év _____ hónap _____ nap

főigazgató

Szerződéskötési/-módosítási kérelem

1. sz. melléklet

ADATLAP

Orvosi adatok bejelentéséhez

Személyesen közreműködő neve:

Pecsétszáma:

Munkahely neve: fekvő ☐ járó ☐

Heti óraszám:

Szakvizsga megnevezése (kódja):

Megszerzés év, hó, nap:

Szakvizsga megnevezése (kódja):

Megszerzés év, hó, nap:

Szakvizsga megnevezése (kódja):

Megszerzés év, hó, nap:

Szakvizsga megnevezése (kódja):

Megszerzés év, hó, nap:

Szakvizsga megnevezése (kódja):

Megszerzés év, hó, nap:

Gyógyszer felírási jogosultság: Igen ☐ Nem ☐

Beutalási jogosultság: Igen ☐ Nem ☐

Gyógyászati segédeszköz utalási jogosultság: Igen ☐ Nem ☐

Gyógyászati ellátás utalványozásának joga: Igen ☐ Nem ☐

Kiemelt speciális utalási jogosultság: Igen ☐ Nem ☐

Debrecen,

.....
Osztályvezető főorvos

.....
személyes közreműködő