



Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata
PÁLYÁZATI FELHÍVÁSA

legalább 12 hónapja betöltetlen háziiorvosi vagy házi gyermekorvosi vagy fogorvosi körzetet betöltő orvosok támogatására

I. A felhívás célja

Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata egészségügyi alapellátásának működőképességének megtartása érdekében elősegítse Salgótarjában a salgótarjáni alapellátásban jogviszonyt létesítő orvosok letelepedését.

II. Kérelmet benyújtók köre:

Pályázatot nyújthat be az az orvos, aki,

1. a pályázat benyújtásakor az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal nem rendelkezik, illetve a pályázat benyújtását megelőző 5 évben Salgótarjában nem rendelkezett praxisjoggal
2. háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendeletben meghatározott személyi feltételek alapján háziiorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi tevékenység végzésére jogosult,
3. Salgótarjában az alapellátásban jogviszonyt létesített 12 hónapja betöltetlen körzet ellátására háziiorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi körzetben területi ellátási kötelezettséget vállal
 - a. Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladat-ellátási szerződés alapján, vagy
 - b. Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával egészségügyi szolgálati jogviszony alapján,
4. a körzet betöltését legalább 6 évig vállalja (amennyiben a háziiorvos, házi gyermekorvos vagy fogorvos a praxis ellátását ezen időszak lejárta előtt befejezi, időarányos visszafizetési kötelezettsége keletkezik. Ha a támogatásban részesülő háziiorvos, házi gyermekorvos vagy fogorvos gyermekvállalás vagy egy hónapot meghaladó betegség miatt átmenetileg nem tudja személyesen ellátni az adott körzet feladatait, akkor a vállalt 6 éves időtartam meghosszabbodik azzal az időintervallummal, amíg ez az állapot fennáll),
5. fogorvosi tevékenység esetén részt vesz az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásban.

III. Támogatási összeg: egyszeri nettó 5.000.000 Ft.

IV. A pályázathoz csatolni szükséges:

- kérelem nyomtatvány,
- a végzettséget, szakképesítést igazoló okiratok másolatát,
- részletes, szakmai tevékenységet bemutató önéletrajzot,
- 30 napnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványt,

- Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladatellátási szerződés esetén a működési engedély másolata, vagy Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával egészségügyi szolgálati jogviszonyt igazoló kinevezés másolata,
- nyilatkozatot, amely szerint hozzájárul ahhoz, hogy a pályázat elbírálásában résztvevők a pályázati anyagot megismerhessék.

V. A pályázat benyújtásának határideje: A működési engedély kiállításának, vagy az egészségügyi szolgálati jogviszony létesítésének napját követő 3 hónapon belül.

VI. A rendelkezésre álló forrás: Az Önkormányzat tárgyévre vonatkozó költségvetési rendeletében meghatározott összeg.

VII. A pályázat benyújtásának módja:

A pályázatot postai úton, személyesen vagy elektronikus úton, az előírt mellékletekkel együtt, az alábbi címre kérjük benyújtani:

Salgótarján Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala
Humánszolgáltatási és Szervezési Iroda
3100 Salgótarján, Múzeum tér 1.
human@salgotarjan.hu

VIII. A pályázat elbírálásának határideje: a pályázat benyújtását követő 60 napon belül

A pályázat támogatásáról Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatának Közgyűlésének Népjóléti Bizottsága dönt. A támogatásban részesülő pályázóval Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata a feltételeket tartalmazó támogatási szerződést köt. A döntés ellen jogorvoslatra nincs lehetőség.

IX. A támogatási szerződés megkötésének határideje: a Népjóléti Bizottság döntésének kézbesítésétől számított 15 napon belül.

X. A jogosulatlanul igénybe vett támogatás határidőben való visszafizetése esetén a támogatás összegén felül a visszafizetési kötelezettség időpontjától kezdődően a mindenkori jegybanki alapkamatnak megfelelő alapkamatot, a határidőben történő meg nem fizetés esetén a támogatás összegén felül a mindenkori jegybanki alapkamat kétszeresének megfelelő mértékű kamatot is meg kell fizetni.

KÉRELEM

legalább 12 hónapja betöltetlen háziorvosi vagy házi gyermekorvosi vagy fogorvosi körzetet betöltő orvosok támogatására

I. Pályázat tárgya
Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatának célja, a legalább 12 hónapja betöltetlen háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi körzetek betöltése, ezáltal az ott élő lakosság folyamatos háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi ellátásának biztosítása.

II. Pályázó háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi tevékenység végzésére jogosult személy adatai			
Pályázó:	<input type="checkbox"/> háziorvos	<input type="checkbox"/> házi gyermekorvos	<input type="checkbox"/> fogorvos
Név:			
Születési név:			
Születési hely:		Születési idő:	
Lakcím:			
Elérhetőség:	Tel.:	e-mail:	

III. Betöltött háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi szolgálat címe

IV. Nyilatkozatok	
Nyilatkozom, hogy a körzet betöltését legalább 6 évig vállalom.	<input type="checkbox"/>
Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom:	
a pályázati feltételeket elfogadom,	<input type="checkbox"/>
praxisjoggal nem rendelkezem.	<input type="checkbox"/>
Az ügyeleti ellátásban történő részvételt vállalom (fogorvosi tevékenység esetén).	<input type="checkbox"/>
A területi ellátási kötelezettséget:	
Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladat-ellátási szerződés keretében látom el.	<input type="checkbox"/>
Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával létesített egészségügyi szolgálati jogviszonyban látom el.	<input type="checkbox"/>

A pályázati adatkezelési tájékoztatót a www.salgotarjan.hu / Adatvédelem és közérdekű adatok megismerése / Adatkezelési tájékoztatók elérhetőségen megismertem és tudomásul vettem.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

V. Csatolt dokumentumok:	
Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladatellátási szerződés esetén a működési engedély másolata	<input type="checkbox"/>
Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával egészségügyi szolgálati jogviszonyt igazoló kinevezés másolata	<input type="checkbox"/>

Tudomásul veszem, hogy a pályázatom kedvező elbírálása esetén csak akkor részesülök a támogatásban, ha Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával határozott időre szóló támogatási szerződést kötök, és az abban foglaltaknak eleget teszek.

Dátum: Salgótarján, (év)(hó)(nap)

.....
alíírás