



---

**Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata**  
**PÁLYÁZATI FELHÍVÁSA**

**legalább 12 hónapja betöltetlen háziorvosi vagy fogorvosi körzetet betöltő orvosok támogatására**

**I. A felhívás célja**

Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatának célja, hogy az egészségügyi alapellátás működőképességének megtartása érdekében elősegítse Salgótarjánban a legalább 12 hónapja betöltetlen háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi körzeteket betöltését. Ennek érdekében 2023. április 1-től, a legalább 12 hónapja betöltetlen háziorvosi, házi gyermekorvosi vagy fogorvosi körzet betöltésére az önkormányzat egyösszegű támogatást biztosít, amelyhez pályázat útján lehet csatlakozni.

**II. Kérelmet benyújtók köre:**

Pályázatot nyújthat be az az orvos, aki,

- a pályázat benyújtásakor az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal nem rendelkezik,
- háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendeletben meghatározott személyi feltételek alapján háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi tevékenység végzésére jogosult,
- 2023. április 1. napját követően Salgótarjánban az alapellátásban jogviszonyt létesített 12 hónapja betöltetlen körzet ellátására háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi körzetben területi ellátási kötelezettséggel
  - a) Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladat-ellátási szerződés alapján, vagy
  - b) Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával egészségügyi szolgálati jogviszony alapján,
- a körzet betöltését legalább 6 évig vállalja (amennyiben a háziorvos vagy fogorvos a praxis ellátását a támogatott időszak lejárta előtt befejezi, időarányos visszafizetési kötelezettsége keletkezik. Ha a támogatásban részesülő háziorvos, 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),
- részt vesz az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásban,

Nem részesülhet támogatásban az a háziorvos, házi gyermekorvos vagy fogorvos, aki a pályázat benyújtását megelőző 5 évben Salgótarjánban praxisjoggal rendelkezett.

**III. Támogatási összeg: 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 6 hónapon belül.

**VI. A rendelkezésre álló forrás: 2023. évben 10.000.000 Ft**

**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](mailto:human@salgotarjan.hu)

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

A pályázat támogatásáról – a Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjának bevonásával – Salgótarján Megyei Jogú Város, illetve Önkormányzatának Népjóléti Bizottsága dönt. A támogatásban részesülő pályázóval Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata a részletes feltételeket tartalmazó határozott időre szóló támogatási szerződést köt. A döntés ellen jogorvoslatra nincs lehetőség.

Salgótarján, 2023. március 31.

Fekete Zsolt sk.  
polgármester

## KÉRELEM

legalább 12 hónapja betöltetlen háziiorvosi vagy fogorvosi körzetet betöltő orvosok támogatására

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

<b>II. Pályázó háziiorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi tevékenység végzésére jogosult személy adatai</b>			
<b>Pályázó:</b>	<input type="checkbox"/> háziiorvos	<input type="checkbox"/> házi gyermekorvos	<input type="checkbox"/> fogorvos
<b>Név:</b>			
<b>Születési név:</b>			
<b>Születési hely:</b>		<b>Születési idő:</b>	
<b>Anyja születési neve:</b>			
<b>Állampolgársága:</b>		<b>Pecset száma:</b>	
<b>Adóazonosító jel:</b>		<b>TAJ:</b>	
<b>Lakcím:</b>			
<b>Elérhetőség:</b>	Tel.:	e-mail:	

<b>III. Betöltött háziiorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi szolgálat címe</b>

<b>IV. Nyilatkozatok</b>	
Nyilatkozom, hogy a körzet betöltését legalább 6 évig vállalom.	<input type="checkbox"/>
Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom:	
a pályázati feltételeket elfogadom,	<input type="checkbox"/>
köztartozással nem rendelkezem,	<input type="checkbox"/>
praxisjoggal nem rendelkezem.	<input type="checkbox"/>
Az ügyeleti ellátásban történő részvételt vállalom.	<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"/>

<b>V. Csatolt dokumentumok:</b>	
a végzettséget, szakképesítést igazoló okiratok másolata	<input type="checkbox"/>
részletes, szakmai tevékenységet bemutató önéletrajz	<input type="checkbox"/>
30 napnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány	<input type="checkbox"/>
3 hónapnál nem régebbi, Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladatellátási szerződés esetén a működési engedély másolata	<input type="checkbox"/>
3 hónapnál nem régebbi, 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)

.....  
aláírás