Személyes közreműködőt igénybe vevő szolgáltató:

SEMMELWEIS EGYETEM KLINIKAI KÖZPONT……………………………………………………. (klinika megnevezése)

Személyes közreműködő (cég/egyéni vállalkozó): ………………………………………………………

Közreműködő feladatait ellátó személy (orvos/szakdolgozó): …………………………………………..

**I. Személyes közreműködő nyilatkozata egészségügyi szolgálati jogviszonyról**

1. Nyilatkozom, hogy a személyes közreműködő feladatait ellátó személy nem áll más egészségügyi szolgáltatónál Eszjtv. szerinti jogviszonyban.

Hely, dátum: ………………………….…. Aláírás: ………………………………………………………...

1. Nyilatkozom, hogy a személyes közreműködő feladatait ellátó személy az alábbi egészségügyi szolgáltatónál áll Eszjtv. szerinti jogviszonyban.

Személyes közreműködő feladatait ellátó személy és Eszjtv. szerinti jogviszony adatai:

|  |  |
| --- | --- |
| Név: |  |
| Eszjtv. szerinti munkaköre: |  |
| Eszjtv. szerinti heti átlagos munkaidő: |  |
| Eszjtv. szerinti foglalkoztató neve, székhelye: |  |
| Foglalkoztató szerinti megyei irányító intézmény: |  |

Hely dátum: ………………………….…. Aláírás: ………………………………………………………...

**II. Főfoglalkozás szerinti (Eszjtv. hatálya alá tartozó) intézmény vezetőjének nyilatkozata egészségügyi szolgálati jogviszonyról**

|  |  |
| --- | --- |
| Főfoglalkozás szerinti intézmény neve, székhelye: |  |
| Intézményvezető neve: |  |

1. Alulírott mint a fentiekben megjelölt személy Eszjtv. jogviszony szerinti foglalkoztatója nyilatkozom, hogy az orvos/szakdolgozó személyes közreműködői jogviszonyban történő foglalkoztatása más intézményben (a Semmelweis Egyetem Klinikai Központjában) a főfoglalkozás szerinti intézmény egészségügyi ellátását nem veszélyezteti.

Hely, dátum ……………………………………….…. …………………..……………………………………...

Főfoglalkozás szerinti foglalkoztató intézmény

vezetőjének aláírása, pecsétje

**III. Főfoglalkozás szerinti megyei irányító intézmény vezetőjének nyilatkozata egészségügyi szolgálati jogviszonyról**

|  |  |
| --- | --- |
| Megyei irányító intézmény neve, székhelye: |  |
| Intézményvezető neve: |  |

1. Alulírott mint a fentiekben megjelölt személy Eszjtv. jogviszony szerinti foglalkoztatójának megyei irányító intézménye nyilatkozom, hogy az orvos/szakdolgozó személyes közreműködői jogviszonyban történő foglalkoztatása más intézményben (a Semmelweis Egyetem Klinikai Központjában) a megye/főváros egészségügyi ellátását nem veszélyezteti.

Hely, dátum ……………………………………….…. …………………..……………………………………...

Főfoglalkozás szerinti megyei irányító intézmény

vezetőjének aláírása, pecsétje