

The application can be sent:

- by e-mail to omn@okfo.gov.hu
- by personal at our customer service during the opening hours (You can check the opening hours at our website: www.enkk.hu)

APPLICATION AND DECLARATION	
for medical doctors, dentists, pharmacists, clinical health workers and paramedicals,	
<u>NOT intend to work in healthcare in Hungary</u>	
<i>(Kérelem és nyilatkozat orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és klinikai szakképesítéssel rendelkezők és egészségügyi szakdolgozók részére, akik NEM kívánnak Magyarországon egészségügyi tevékenységet végezni)</i>	
I. Personal details	
Basic registration number <i>(Alapnyilvántartási szám):</i>	
Name (your name in the ID card or passport) <i>(Családi és utónév (személyi igazolványban szereplő név))</i>	
Surname <i>(Vezetéknév):</i>	Given name <i>(Utónév):</i>
Name at birth <i>(Születési név)</i>	
Surname <i>(Vezetéknév):</i>	Given name <i>(Utónév):</i>
Mother's maiden name <i>(Anyja születési neve):</i>	
Place and date of birth <i>(Születési hely, idő):</i>	
Nationality <i>(Állampolgársága):</i>	
E-mail address <i>(E-mail cím):</i>	

II. Application and Declarations	
<p>1. I, the undersigned hereby certify that as a qualified health professional with foreign (non Hungarian) nationality I intend to pursue any healthcare activity solely OUTSIDE the territory of Hungary. <i>(Alulírott kijelentem, hogy mint szakképzett, külföldi állampolgársággal rendelkező egészségügyi dolgozó, egészségügyi tevékenységet kizárólag Magyarország területén KÍVÜL kívánok folytatni.)</i></p>	
<p>2. I hereby apply for the Certificate issued by the National Directorate General For Hospitals (NDGH) verifying the entitlement to pursue the healthcare activity outside the territory of Hungary. <i>(Kérem, hogy az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) a kérelmemben foglaltak alapján az igazolást állítsa ki, amely Magyarországon kívül történő egészségügyi tevékenység végzésére jogosít.)</i></p>	
<p>3. I hereby declare that the Certificate is solely needed for the recognition of my diploma in another country. <i>(Kijelentem, hogy a fenti Igazolásra kizárólag a diplomám külföldön történő elismerése céljából van szükségem.)</i></p>	
<p>4. I hereby acknowledge that because of Section II.1. it is not obligatory to be a member of any chamber of healthcare in Hungary. <i>(Tudomásul veszem, hogy a II.1. pontban foglaltak miatt jelen esetben magyarországi egészségügyi kamarai tagság nem kötelező.)</i></p>	
<p>5. I hereby declare that I have clean criminal record, and I am not under the effect of a non-appealable sentence imposed for a criminal offence suspending the health care activity. <i>(Kijelentem, hogy büntetlen előéletű vagyok és nem állok az egészségügyi tevékenység gyakorlását kizáró foglalkozástól eltiltás hatálya alatt.)</i></p>	
<p>6. I hereby declare that the information contained in my application are true and correct, and I agree with the use of the aforementioned data by the NDGH with regards to my application. Furthermore, I authorise the NDGH to obtain the necessary information from the competent authority in connection with the Certificate. <i>(Kijelentem, hogy a kérelmemben feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek, és személyes adataim kezeléséhez hozzájárulok. Hozzájárulok továbbá, hogy az Igazolás igénylése esetén a hatóság az Igazolás kiállításához szükséges információkat beszerezze a büntügyi nyilvántartó hatóságtól.)</i></p>	
<p>Done in:(place).....(day/month/year)</p>	
<p>_____</p> <p>original signature of the applicant</p>	