

INFORMATION FOR FOREIGN GRADUATES

2024

Dear Graduates,

The National Directorate General for Hospitals (Országos Kórházi Főigazgatóság; OKFŐ) congratulates you for being awarded a university healthcare degree.

This brochure aims to briefly summarize the procedures of the OKFŐ that may be necessary to access the healthcare profession granted by your diploma, either in Hungary or abroad. Further information can be found on the OKFŐ's [website](#).

We hope you find the information provided in this publication to be informative and helpful.

National Directorate General for Hospitals
Directorate of Human Resources Development

Overview

After graduation the University has 30 calendar days to report the diploma details of the newly graduated students to the OKFŐ in order to get them listed in the **National Basic Register of the Healthcare Professionals**.

The Basic Register holds every healthcare professional whose diploma was obtained or recognised in Hungary, therefore the basic registration and the certificate about the basic registration attests that the professional holds a qualification which can be used to pursue healthcare activity.

Once you have your diploma listed in the Basic Register, you can decide if you currently intend to

- leave Hungary and work abroad (see point A) **OR**
- stay and work in Hungary (see point B)

According to the national legislation only those healthcare professionals are entitled to pursue the healthcare activity without supervision in Hungary whose hold both a basic and an operational registration.

The professional who wants to **effectively pursue the healthcare activity without supervision in Hungary should be registered in the operational registration** based on the professionals application. The operational registration can be issued if the healthcare professional:

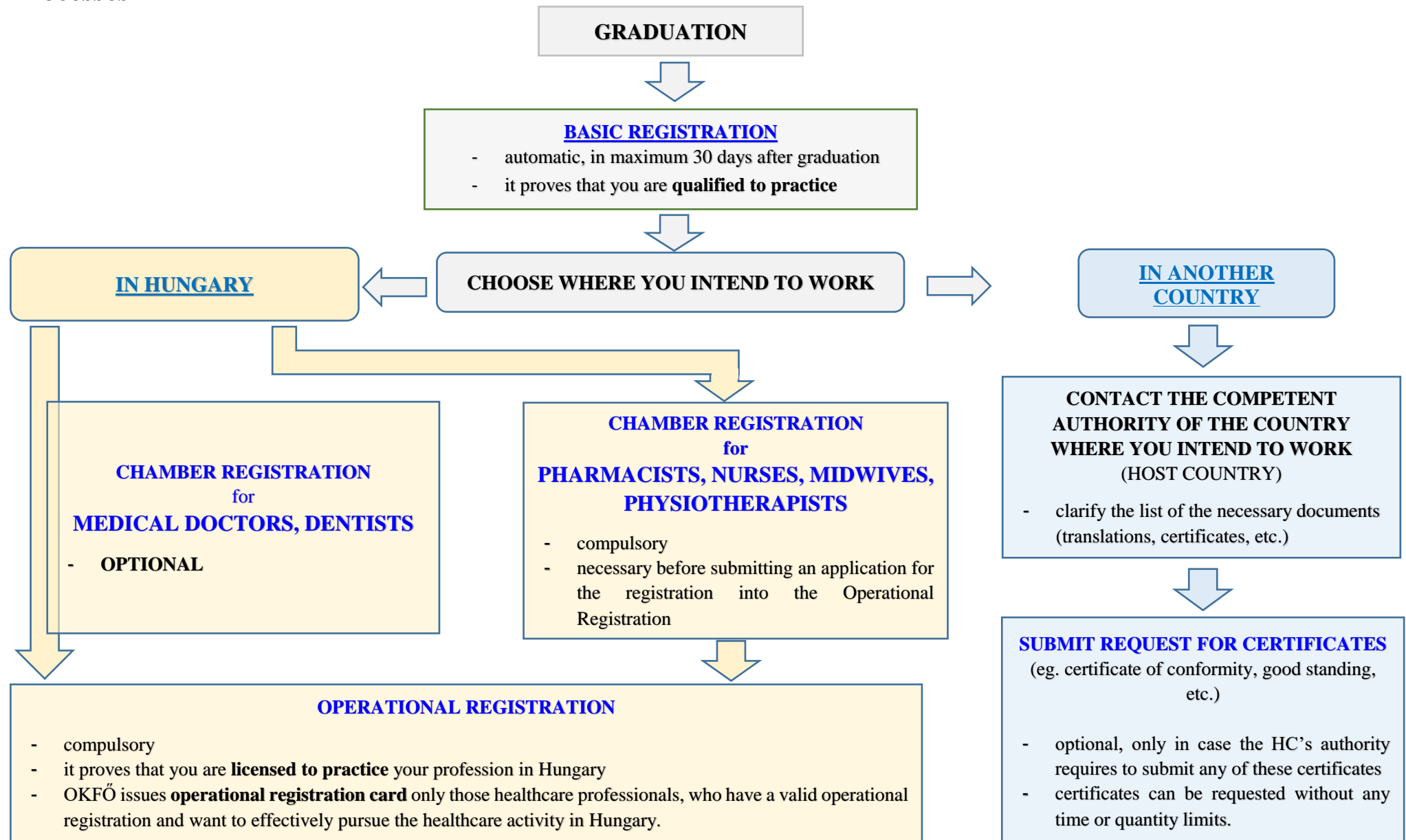
- has a clean criminal record, and is not under the effect of a non-appealable sentence imposed for a criminal offence suspending the healthcare activity,
- has the membership of the competent chamber, (obligatory only for pharmaceutical and healthcare professionals, **optional for medical doctors and dentists**),
- fulfilled the continuous professional development trainings, or absolved of the obligation for further training.

The National Directorate General for Hospitals issues operational registration card only those healthcare professionals, who have a valid operational registration and want to effectively pursue the healthcare activity in Hungary.

The National Directorate General for Hospitals can also **attest the entitlement to pursue the healthcare activity if the healthcare professional of foreign nationality, who obtained his/her diploma in Hungary does not fulfill the requirements which are needed to work in the territory of Hungary, but**

- the professional declares, that
 - after obtaining the healthcare qualification **does not intend to work in the area of health in the territory of Hungary,**
 - **the verification** of his/her entitlement to pursue the healthcare activity **is only necessary for the recognition of his/her diploma abroad,**
- has a **clean criminal record**, and is **not under** the effect of a non-appealable sentence imposed for a **criminal offence** suspending the health care activity.

Processes



A) I INTEND TO WORK ABROAD (NOT IN HUNGARY)

If you intend to work abroad, your Hungarian diploma has to be recognised by the Host Country's competent authority. (Host Country is the country where you intend to work in the near future.) Thereafter you may be required to get further registrations or licences depending on the Host Country's regulation.

It is highly recommended to contact the host country's authority first to get detailed information on the recognition procedure, including the list of the necessary documents.

Amongst the requested documents there can be multiple certificates that are issued by the **National Directorate General for Hospitals (OKFŐ)**.

Below you can find the description of **the most frequently requested certificates**. For further information concerning these certificates you can visit the OKFŐ's [website](#).

Please note that there is no time limit to request these certificates, you can apply for them any time later when you need them to get your diploma recognised in other countries.

1. CERTIFICATE OF CONFORMITY

It attests that your diploma satisfies the training requirements laid down in European Parliament and Council Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications.

Certificate of conformity can be issued for doctors, dentists, pharmacists, nurses or midwives only! (These professions fall under automatic recognition in the EU)

2. CERTIFICATE OF ACQUIRED RIGHTS

Can be issued **only if you have 3 years professional experience** in Hungary **after the graduation** in the last 5 years.

The original or the certified copy of the employer certificate need to be attached to the application.

3. CERTIFICATE WHICH ATTESTS THE LENGTH OF THE HEALTHCARE ACTIVITY PURSUED IN HUNGARY

Can be issued **only if you have any professional experience** in Hungary **after the graduation**.

The original or the certified copy of the employer certificate need to be attached to the application.

4. CERTIFICATE OF GOOD STANDING

It attests that the professional

- ✓ has a clean criminal record, and is not under the effect of a non-appealable sentence imposed for a criminal offence suspending the health care activity concerned on the day of issue of this certificate;
- ✓ is not under the effect of a non-appealable sentence imposed for the violation of the professional ethical rules;
- ✓ is entitled or not to pursue healthcare activities in Hungary.

The **professional with foreign citizenship can get the Certificate of Good Standing**, which states that he/she is **entitled** to pursue the healthcare activity in Hungary, **without the valid Operational Registration**

- if he/she declares on the application form, that he/she does not intend to pursue healthcare activities in Hungary and
- the Certificate of Good Standing is needed only for the recognition of his/her professional qualification abroad.

For the above mentioned certificate the professional need to **put an X next to the declaration** - *"I have a foreign (non Hungarian) nationality, furthermore I do not intend to pursue any healthcare activity in Hungary"*.

5. CERTIFICATE ATTESTING THE LEVEL OF THE QUALIFICATION

The certificate attests

- ✓ the level of the obtained qualification pursuant to **Article 11 of the Directive 2005/36/EC**,
- ✓ that the lawful holder of the qualification is entitled to be admitted to higher education (if applicable);
- ✓ the denomination of the qualification,
- ✓ the activity that can be pursued by the lawful holder of the qualification in compliance

with the conditions laid down in the relevant Hungarian legislation.

To our experiences this certificate is frequently required for the recognition of the diploma in psychotherapy and those university level qualifications which do not benefit from automatic recognition in accordance with the Directive 2005/36/EC (therefore usually not needed for doctors, dentists, pharmacists, nurses or midwives).

PROCEDURE in relation to the certificates
--

In order to get the necessary certificates (required by the host country's authority), **the following documents have to be submitted to the OKFŐ's Department of Basic Registration and Recognition** via e-mail to recognition@okfo.gov.hu (or by post):

- [request form](#)
- scanned copy or photo of your passport or ID card,
- scanned copy or photo of your diploma,
- transfer receipt about the fee of the procedure. **(15 000 HUF/requested type of certificate)**

CONTACT DETAILS OF THE DEPARTMENT OF BASIC REGISTRATION AND RECOGNITION	
E-mail:	recognition@okfo.gov.hu
Telephone:	(+36)-1-919-3336 (Monday, Wednesday and Thursday: 8.30-16.00; Friday: 8:30-13:30)
Postal address:	National Directorate General for Hospitals Department of Basic Registration and Recognition 1444 Budapest Pf.: 270.
Bank account details:	Országos Kórházi Főigazgatóság 10032000-00362241 From foreign account: National Directorate General for Hospitals Swift code: HUSTHUHB IBAN number: HU97 1003 2000 0036 2241 0000 0000 Bank: Hungarian National Bank Please note that the fee of the transfer and the exchange is also your cost!

B) I INTEND TO WORK IN HUNGARY

In order to start working as a health professional in Hungary, the following steps have to be taken:

1. Basic Register (automatic)

After the graduation the University has 30 calendar days to report the diploma details of the newly graduated students to the OKFŐ in order get them listed in the National Basic Register of the Healthcare Professionals.

Once you are registered in the Basic Register, you will have a unique registration number, which can be checked at the [public database](#).

2. Medical stamp for doctors and dentists (by request)

In case of doctors and dentists the OKFŐ *ex officio* notifies the National Health Insurance Fund of Hungary (Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő; **NEAK**) about the professionals personal details, address and basic registration number in order to prepare the professionals' **medical stamps**.

Despite the notification, **the medical stamp will not be prepared unless you apply for it by [submitting a request](#) form to the NEAK.** (web: <http://neak.gov.hu/>; e-mail: belyegzo@neak.gov.hu)

3. Membership to the competent professional chamber (by request)

From 2nd of March 2023 the membership of the competent professional chamber is not compulsory for doctors and dentist, the membership is optional for them.

Membership of the competent professional chamber is compulsory only for pharmacists and healthcare professionals (eg. nurses, midwives) who intend to work in Hungary.

For the details of the procedure (form, fees, etc.), please contact your chamber:

- **pharmacists:** Hungarian Chamber of Pharmacists (www.mgyk.hu; Magyar Gyógyszerészi Kamara)
- **healthcare professionals (physiotherapists, nurses, midwives, etc.):** Chamber of Hungarian Healthcare Professionals (www.meszk.hu; Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara)

4. Operational Registration ('működési nyilvántartás') (by request)

In order to provide healthcare services unsupervised, - besides the chamber membership - the professional has to hold a valid operational registration. The application should be submitted to the OKFŐ's **Department of Operational Registration**.

Further information can be found on the OKFŐ's [website](#) or you can contact our colleagues.

PROCEDURE in relation to the operational registration

For your first operational registration, you need to submit the following documents via e-mail to omn@okfo.gov.hu (or by post):

- filled out and signed [application form](#)
- transfer receipt of the administrative fee (3000 HUF for the first registration)
- proof of membership of the chamber (only for pharmacists and healthcare professionals, who intend to work in Hungary)

CONTACT DETAILS OF THE DEPARTMENT OF OPERATIONAL REGISTRATION	
E-mail:	omn@okfo.gov.hu
Postal address:	National Directorate General for Hospitals Department of Operational Registration 1444 Budapest Pf.: 270.
Bank account details	Országos Kórházi Főigazgatóság 10032000-00362241 From foreign account: National Directorate General for Hospitals Swift code: HUSTHUHB IBAN number: HU97 1003 2000 0036 2241 0000 0000 Bank: Hungarian National Bank Please note that the fee of the transfer and the exchange is also your cost!

5. Working as a self-employed (by request)

If you intend to provide healthcare services as a self-employed, you are required to have an operational licence ('működési engedély') too, for which you can apply at the Policy Administration Service of Public Health of the territorially competent Government Office. (Contact details of the regional offices: <http://www.kormanyhivatal.hu/hu/elerhetosegek>)

6. Entering a specialist training programme

In case you have plans to enter a specialist training programme in Hungary, for detailed information (such as language requirements, training costs, opportunities for financial support) please contact the Continuing Education Center of your University.

***REQUEST concerning the issue of a certificate to be used in the recognition of the diploma,
qualification in another country***

I'm, (name) applying for the following certificate(s) that I need to get my diploma, qualification recognised in(name of the host country) (***Please, put an X before the requested certificates***):

- certificate of conformity** issued for doctors, specialists in medicine, dentists, specialists in dentistry, pharmacists, nurses, midwives (with reference to Article 24., 25., 28., 29., 31., 34., 35., 40-41., 44. of Directive 2005/36/EC)
- certificate of acquired rights** issued for doctors, specialists in medicine, dentists, specialists in dentistry, pharmacists, nurses, midwives (with reference to Article 23., 27., 30., 33., 37., 43. of Directive 2005/36/EC)
- certificate which attests the length of the healthcare activity pursued in Hungary**
- certificate of good standing** (Pursuant to Section. 110/A of Act CLIV of 1997)
- certificate which attests the level of the qualification** (with reference to Article 11. of Directive 2005/36/EC)
- other

Personal data (Please, write with capitals)

Surname: Given name:.....
Surname at birth: Given name at birth:.....
Mother's surname at birth: Mother's given name at birth:.....
Place of birth: Date of birth:.....
Registered address:
Postal address:
E-mail: Telephone:.....
Basic register number:

I enclose the following documents (Please, put an X before the selected ones):

- copy of the passport/ID card
- copy of the diploma/qualification
- fee (by postal cheque or bank transfer)
- original certificate from the employer or its certified copy (*necessary only in case of the certificate of acquired rights, or in case of the certificate which attests the length of the healthcare activity pursued in Hungary*)
- other:

The language of the requested certificates (Please, put an X before the selected one):

- in English
- in Hungarian

I would like to get the issued certificates (Please, put an X before the selected one):

- personally or by an authorised person
- by post
- via e-mail (scanned)

- I hereby declare, that I have a foreign (non Hungarian) nationality, furthermore I do not intend to pursue any healthcare activity in Hungary.**

Other remarks, requests:

I hereby declare that the information contained in my application are true, and I agree with the use of the aforementioned data by the authority with regards to my application. Furthermore, I authorise the authority to obtain the necessary information from the competent authority in connection with the Certificate of Good Standing.

Date:

.....
signature

APPLICATION
for medical doctors, dentists, pharmacists and clinical health workers,
intend to pursue healthcare activity IN HUNGARY

(Kérelem orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és klinikai szakképesítéssel rendelkezők részére, akik Magyarországon kívánnak egészségügyi tevékenységet folytatni)

Before filling out the application please read the instructions first!

(Kérjük az adatlap kitöltése előtt olvassa el a kitöltési útmutatót!)

(* : It is obligatory to fill out)

*(Kérelmező adatai (A *-gal jelölt adatok kitöltése kötelező)*

(Please put an X before the requested case)

(a megfelelőit kérjük x-elni)

(Please, write with capitals)

(Kérjük nagybetűkkel kitölteni)

I. Personal details

Basic and Operational registration number:

(Alap és működési nyilvántartási szám)

***Name (your name in the ID card or passport):**

(Családi és utónév (személyi igazolványban szereplő név)

***Surname (Vezetéknév):**

*** Given name (Utónév):**

***Name at birth (Születési név):**

***Surname (Vezetéknév):**

***Given name (Utónév):**

***Mother's maiden name (Anyja születési neve):**

*** Place and date of birth (Születési hely, idő):**

***Sex (Neme):**

*** Nationality (Állampolgársága):**

*** During the health activity I would like to use:**

(Az egészségügyi tevékenység során használt név)

My name (Családi és utónév)

My name at birth (Születési név)

*** I would like to use the title 'Dr':** **Yes (Igen)** **No (Nem)**

(Doktori címet használni kívánom)

*** Registered address (Lakóhely):**

*** Mailing address (if it is different from the registered address):**

(Levelezési cím (amennyiben a lakóhelytől eltér))

Retired (Nyugdíjas): **Yes (Igen)** **No (Nem)**

*** E-mail address (E-mail cím):**

Phone number (Telefonszám):

The subject of the application <i>(A kérelem tárgya)</i>	
The applicant's qualification <i>(A kérelmező szakkézettsége):</i>	
<input type="checkbox"/> Medical doctor <i>(Orvos)</i>	<input type="checkbox"/> Pharmacist <i>(Gyógyszerész)</i>
<input type="checkbox"/> Dentist <i>(Fogorvos)</i>	<input type="checkbox"/> Specialist in clinical psychology <i>(Klinikai végzettség)</i>
<input type="checkbox"/> Other specialist training <i>(Egyéb)</i>	
The subject of the request: <i>(A kérelem tárgya)</i>	
<input type="checkbox"/> First registration <i>(Első felvétel)</i>	
<input type="checkbox"/> Renew the operational registration <i>(Megújítás)</i>	
<input type="checkbox"/> Issue the certificate of the valid operational registration <input type="checkbox"/> in Hungarian <input type="checkbox"/> in English	
<input type="checkbox"/> Registration of the new qualification <i>(Új szakképesítés felvétele)</i>	
<input type="checkbox"/> Extend the operational registration (prolongation because of child-raising allowances, incapacity due to illness, etc.) <i>(Meghosszabbítás)</i>	
<input type="checkbox"/> Registration after cancellation <i>(Törlést követő újrafelvétel)</i>	
<input type="checkbox"/> Change in personal details <i>(Adatváltozás bejelentése)</i>	
<input type="checkbox"/> Replace the card of the operational registration <i>(Működési nyilvántartási igazolvány pótlása)</i>	
<input type="checkbox"/> Declaration of pursuing the health activity with supervision <i>(Felügyelet bejelentése)</i>	
<input type="checkbox"/> Cancellation from the operational registration <i>(Működési nyilvántartásból történő törlés)</i>	
I submit my application in the following qualification(s): <i>(Kérelmemet az alábbi szakképesítés(ek) tekintetében terjesztem elő)</i>	

I. Details of the qualification(s) <i>(Szakképesítés adatok)</i>	
Diploma	
1) Title of the Diploma (Diploma megnevezése):	
Number of the diploma (number/year) <i>(Diploma száma):</i>	
Issuing body: <i>(Kiállító szerv)</i>	
Place and date of issue: <i>(Kiállítás helye, ideje)</i>	Language of the training: <i>(Képzés nyelve)</i>
Nostrified, recognised by: <i>(Honosító/elismerő intézmény)</i>	Number of recognition, nostrification: <i>(Honosító/Elismerő határozat száma)</i>
Place and date of recognition, nostrification: <i>(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)</i>	
2) Title of the Diploma (Diploma megnevezése):	
Number of the diploma (number/year) <i>(Diploma száma):</i>	
Issuing body: <i>(Kiállító szerv)</i>	
Place and date of issue: <i>(Kiállítás helye, ideje)</i>	Language of the training: <i>(Képzés nyelve)</i>
Nostrified, recognised by: <i>(Honosító/elismerő intézmény)</i>	Number of recognition, nostrification: <i>(Honosító/Elismerő határozat száma)</i>

Place and date of recognition, nostrification: <i>(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)</i>	
Specialist qualifications (Szakvizsgák adatai)	
1) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):	
Number of the qualification (number/year) <i>(Szakvizsga száma):</i>	
Issuing body: <i>(Kiállító intézmény)</i>	
Place and date of issue: <i>(Kiállítás helye, ideje)</i>	Language of the training: <i>(Képzés nyelve)</i>
Nostrified, recognised by: <i>(Honosító/elismerő intézmény)</i>	Number of recognition, nostrification: <i>(Honosító/Elismerő határozat száma)</i>
Place and date of recognition, nostrification: <i>(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)</i>	
2) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):	
Number of the qualification (number/year) <i>(Szakvizsga száma):</i>	
Issuing body: <i>(Kiállító intézmény)</i>	
Place and date of issue: <i>(Kiállítás helye, ideje)</i>	Place and date of issue: <i>(Kiállítás helye, ideje)</i>
Nostrified, recognised by: <i>(Honosító/elismerő intézmény)</i>	Nostrified, recognised by: <i>(Honosító/elismerő intézmény)</i>
Place and date of recognition, nostrification: <i>(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)</i>	
3) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):	
Number of the qualification (number/year) <i>(Szakvizsga száma):</i>	
Issuing body: <i>(Kiállító intézmény)</i>	
Place and date of issue: <i>(Kiállítás helye, ideje)</i>	Place and date of issue: <i>(Kiállítás helye, ideje)</i>
Nostrified, recognised by: <i>(Honosító/elismerő intézmény)</i>	
Place and date of recognition, nostrification: <i>(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)</i>	
4) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):	
Number of the qualification (number/year) <i>(Szakvizsga száma):</i>	
Issuing body: <i>(Kiállító intézmény)</i>	
Place and date of issue: <i>(Kiállítás helye, ideje)</i>	Place and date of issue: <i>(Kiállítás helye, ideje)</i>
Nostrified, recognised by: <i>(Honosító/elismerő intézmény)</i>	Nostrified, recognised by: <i>(Honosító/elismerő intézmény)</i>

Place and date of recognition, nostrification:

(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)

II. Membership of the Chamber

(Kamarai tagság)

Name of the Chamber

(Kamara megnevezése):

I am the member of the abovementioned Chamber Yes No In progress

(Tagja vagyok a fenti kamarának)

III. Details of the language exam(s):

(Nyelvvizsgák adatai)

1. Language: (Nyelv)

Level (Szint):

basic *(alap)*
 intermediate *(közép)*
 advanced *(felső)*

Type (Típus):

A B
C

General *(Általános)*

Professional *(Szakmai)*

Issuing body:

(Kiállító szerv)

Issuing place and date:

(Kiállítás helye, ideje)

Number:

(Száma)

2. Language: (Nyelv)

Level (Szint):

basic *(alap)*
 intermediate *(közép)*
 advanced *(felső)*

Type (Típus):

A B
C

General *(Általános)*

Professional *(Szakmai)*

Issuing body:

(Kiállító szerv)

Issuing place and date:

(Kiállítás helye, ideje)

Number:

(Száma)

3. Language: (Nyelv)

Level (Szint):

basic *(alap)*
 intermediate *(közép)*
 advanced *(felső)*

Type (Típus):

A B
C

General *(Általános)*

Professional *(Szakmai)*

Issuing body:

(Kiállító szerv)

Issuing place and date:

(Kiállítás helye, ideje)

Number:

(Száma)

IV. Declarations

(Nyilatkozat)

1. I apply for that the National Directorate General For Hospitals

(Kérem, hogy az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) a kérelmemben foglaltak alapján)

- make my first registration into the Operational Registration;
(regisztráljon a működési nyilvántartásba)
- renew my operational registration;
(újítsa meg a működési nyilvántartásomat)
- make the registration of my new qualification
(a kérelemben megjelölt szakképesítés tekintetében bocsásson ki működési nyilvántartási igazolványt)
- extend my 5-year-period registration;
(hosszabbítsa meg a működési nyilvántartásomat)
- re-register me again in the Operational Registration after cancellation;
(törlést követően ismételt regisztráljon)
- change the information and my data in the operational registration database;
(adatváltozásomat rögzítse a működési nyilvántartásba)
- replace my stolen, missing or spoiled card of operational registration;
(pótolja az elveszett, ellopt vagy megrongálódott működési nyilvántartási igazolványomat)
- put into the operational registration database that I am pursuing the health activity with supervision;
(rögzítse a nyilvántartásba a felügyelet melletti tevékenységgyakorlást)
- cancel me from the operational registration.
(töröljön a működési nyilvántartásból)

2. I hereby declare that I have clean criminal record and that I am not under the effect of a non-appealable sentence imposed for a criminal offence suspending the health care activity.

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy nem állok olyan bűncselekménnyel kapcsolatban büntetett előlethez fűződő hátrányos jogkövetkezmények hatálya alatt, amely miatt egy évet meghaladó végrehajtható szabadságvesztésre ítélték, illetve nem állok az egészségügyi tevékenység folytatását kizáró foglalkoztatástól eltiltás hatálya alatt.)

3. I hereby give my consent to the National Directorate General For Hospitals to continuously verify the information indicated in point 2.

(Hozzájárulok ahhoz, hogy az OKFŐ hatósági ellenőrzés keretében a 2. pontban foglalt tények fennállására vonatkozó adatokat a működési nyilvántartásban szereplésem időtartama alatt folyamatosan ellenőrizze.)

4. I hereby take note that the National Directorate General For Hospitals has national and exclusive competence to obtain information from the criminal registration system for official inspection purposes.

Tudomásul veszem, hogy az OKFŐ a hatósági ellenőrzés céljából adatot igényelhet a bünygi nyilvántartási rendszerből.)

5. I hereby declare that

- I am not under the effect of any decree declaring that I am unfit to pursue the healthcare activity permanently (due to my health condition),
- I am not under the effect of any authority's decision forbidding me to pursue the healthcare activity.

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

{ } nem állok (egészségügyi állapotom miatt) az egészségügyi tevékenység folytatására véglegesen alkalmatlanná nyilvánító határozat hatálya alatt,

{ } nem állok az egészségügyi tevékenység gyakorlásától eltiltó hatósági határozat hatálya alatt.)

6. I hereby give my assent to the National Directorate General For Hospitals to verify the data indicated in this Application.

(Hozzájárulok, hogy a kérelmemben általam, vagy a munkáltatóm által szolgáltatott adatokat az OKFŐ ellenőrizhesse.)

7. I hereby declare that out of Hungary

{ } I have never worked and I am not working in the area of health;

{ } I worked in the area of health;

{ } I am working now in the area of health

and according to the law of the foreign country I have clean criminal record and I am not under the effect of a non-appealable sentence imposed for a criminal office suspending the health care activity.

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy Magyarországon kívül egészségügyi tevékenységet

{ } nem végeztem és jelenleg sem végzek;

{ } végeztem;

{ } jelenleg is végzek

és az egészségügyi tevékenység végzésének helye szerinti állam(ok) jogszabályai alapján nem állok az egészségügyi tevékenység gyakorlását kizáró vagy korlátozó intézkedés, büntetés, büntetőjogi intézkedés hatálya alatt.)

8. I hereby declare that the information contained in this Application are true and correct at the moment of signing.

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek.)

Done in:(place).....(day/month/year)

(Kelt)

(hely)

(nap/hónap/év)

original signature of the applicant

(Eredeti aláírás)

Without the signature the application is not valid and unacceptable.

(Aláírás hiányában a kérelem érvénytelen és elfogadhatatlan)

Required documents:

- Transfer receipt of the administrative fee (You can check the administrative fee at our website: www.enkk.hu)
- The proof of membership of the chamber. *(From 2nd of March 2023 the membership of the competent professional chamber is not compulsory for doctors and dentist, the membership is optional for them. The doctors and dentists can get the Operational Registration without holding a membership in the chamber)*
- If it is necessary, you need to fulfilling the mandatory further trainings, or absolved of the obligation for further training.

The application can be sent:

- by e-mail to omn@okfo.gov.hu
- by post as a required letter to the address 1444 Budapest, P.O. Box 270.;
- by personal at our customer service during the opening hours (You can check the opening hours at our website: www.enkk.hu)

Availability:

- E-mail: omn@okfo.gov.hu
- Account number: 10032000-00362241-00000000
- Swift code: HUSTHUHB
- IBAN number: HU97 1003 2000 0036 2241 0000 0000

The receipt shall be attached to the application. The fee of the transfer and the change is the applicant's cost.

APPLICATION
for paramedicals,

intend to pursue healthcare activity IN HUNGARY

(Kérelem egészségügyi szakdolgozók részére, akik Magyarországon kívánnak egészségügyi tevékenységet végezni)

Before filling out the application please read the instructions first!

(Kérjük az adatlap kitöltése előtt olvassa el a kitöltési útmutatót!)

(* : It is obligatory to fill out)

*(Kérelmező adatai (A *-gal jelölt adatok kitöltése kötelező)*

(Please put an X before the requested case)

(a megfelelőt kérjük x-elni)

(Please, write with capitals)

(Kérjük nagybetűkkel kitölteni)

I. Personal details

Basic and Operational registration number:

(Alap és működési nyilvántartási szám)

***Name (your name in the ID card or passport)**

(Családi és utónév (személyi igazolványban szereplő név))

***Surname (Vezetéknév):**

*** Given name (Utónév):**

***Name at birth (Születési név)**

***Surname (Vezetéknév):**

***Given name (Utónév):**

***Mother's maiden name (Anyja születési neve):**

*** Place and date of birth (Születési hely, idő):**

***Sex (Neme):**

*** Nationality (Állampolgársága):**

*** During the health activity I would like to use:**

(Az egészségügyi tevékenység során használt név)

My name (Családi és utónév)

My name at birth (Születési név)

*** I would like to use the title 'Dr':** **Yes** (Igen) **No** (Nem)

(Doktori címet használni kívánom)

*** Registered address (Lakóhely):**

*** Mailing address (if it is different from the registered address):**

(Levelezési cím (amennyiben a lakóhelytől eltér))

Retired (Nyugdíjas): **Yes** (Igen) **No** (Nem)

*** E-mail address (E-mail cím):**

Phone number (Telefonszám):

The subject of the application

(A kérelem tárgya)

The subject of the request:

(A kérelem tárgya)

- First registration (*Első felvétel*)
- Renew the operational registration (*Megújítás*)
- Issue the certificate of the valid operational registration in Hungarian in English
- Registration of the new qualification (*Új szakképesítés felvétele*)
- Extend the operational registration (prolongation because of child-raising allowances, incapacity due to illness, etc.) (*Meghosszabbítás*)
- Registration after cancellation (*Törlést követő újrafelvétel*)
- Change in personal details (*Adatváltozás bejelentése*)
- Replace the card of the operational registration (*Működési nyilvántartási igazolvány pótlása*)
- Declaration of pursuing the health activity with supervision (*Felügyelet bejelentése*)
- Cancellation from the operational registration (*Működési nyilvántartásból történő törlés*)

I submit my application in the following qualification(s):

(Kérelmemet az alábbi szakképesítés(ek) tekintetében terjesztem elő)

I. Details of the qualification(s)

(Szakképesítés adatok)

Diploma

1) Title of the Diploma (Diploma megnevezése):

Number of the diploma (number/year) (*Diploma száma*):

Issuing body:

(*Kiállító szerv*)

Place and date of issue:

(*Kiállítás helye, ideje*)

Place and date of issue:

(*Kiállítás helye, ideje*)

Nostrified, recognised by:

(*Honosító/elismerő intézmény*)

Nostrified, recognised by:

(*Honosító/elismerő intézmény*)

Place and date of recognition, nostrification:

(*Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje*)

2) Title of the Diploma (Diploma megnevezése):

Number of the diploma (number/year) (*Diploma száma*):

Issuing body:

(*Kiállító szerv*)

Place and date of issue:

(*Kiállítás helye, ideje*)

Place and date of issue:

(*Kiállítás helye, ideje*)

Nostrified, recognised by:

(*Honosító/elismerő intézmény*)

Nostrified, recognised by:

(*Honosító/elismerő intézmény*)

Place and date of recognition, nostrification:

(*Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje*)

Qualifications (Szakképesítések)**1) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):**Number of the qualification (number/year) *(Szakvizsga száma):*

Issuing body:

(Kiállító intézmény)

Issuing body:

Place and date of issue:

(Kiállítás helye, ideje)

Language of the training:

Nostrified, recognised by:

(Honosító/elismerő intézmény)

Number of recognition, nostrification:

Place and date of recognition, nostrification:

*(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)***2) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):**Number of the qualification (number/year) *(Szakvizsga száma):*

Issuing body:

(Kiállító intézmény)

Issuing body:

Place and date of issue:

(Kiállítás helye, ideje)

Language of the training:

Nostrified, recognised by:

(Honosító/elismerő intézmény)

Number of recognition, nostrification:

Place and date of recognition, nostrification:

*(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)***3) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):**Number of the qualification (number/year) *(Szakvizsga száma):*

Issuing body:

(Kiállító intézmény)

Issuing body:

Place and date of issue:

(Kiállítás helye, ideje)

Language of the training:

Nostrified, recognised by:

(Honosító/elismerő intézmény)

Place and date of recognition, nostrification:

*(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)***4) Name of the qualification (Szakvizsga megnevezése):**Number of the qualification (number/year) *(Szakvizsga száma):*

Issuing body:

(Kiállító intézmény)

Issuing body:

Place and date of issue:

(Kiállítás helye, ideje)

Language of the training:

Nostrified, recognised by:

(Honosító/elismerő intézmény)

Place and date of recognition, nostrification:

(Honosítás/Elismerés kiállításának helye, ideje)

II. Membership of the Chamber

(Kamarai tagság)

Name of the Chamber

(Kamara megnevezése):

I am the member of the abovementioned Chamber { } Yes { } No { } In progress

(Tagja vagyok a fenti kamarának)

IV. Details of the language exam(s):

(Nyelvvizsgák adatai)

4. Language: (Nyelv)

Level (Szint):

{ } basic (alap)
{ } intermediate (közép)
{ } advanced (felső)

Type (Típus):

{ } A { } B { }
C

{ } General (Általános)

{ } Professional (Szakmai)

Issuing body:

(Kiállító szerv)

Issuing place and date:

(Kiállítás helye, ideje)

Number:

(Száma)

5. Language: (Nyelv)

Level (Szint):

{ } basic (alap)
{ } intermediate (közép)
{ } advanced (felső)

Type (Típus):

{ } A { } B { }
C

{ } General (Általános)

{ } Professional (Szakmai)

Issuing body:

(Kiállító szerv)

Issuing place and date:

(Kiállítás helye, ideje)

Number:

(Száma)

6. Language: (Nyelv)

Level (Szint):

{ } basic (alap)
{ } intermediate (közép)
{ } advanced (felső)

Type (Típus):

{ } A { } B { }
C

{ } General (Általános)

{ } Professional (Szakmai)

Issuing body:

(Kiállító szerv)

Issuing place and date:

(Kiállítás helye, ideje)

Number:

(Száma)

V. Declarations

9. I apply for that the National Directorate General For Hospitals

(Kérem, hogy az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) a kérelmemben foglaltak alapján)

- } make my first registration into the Operational Registration;
(regisztráljon a működési nyilvántartásba)
- } renew my operational registration;
(újítsa meg a működési nyilvántartásomat)
- } make the registration of my new qualification
(a kérelemben megjelölt szakképesítés tekintetében bocsásson ki működési nyilvántartási igazolványt)
- } extend my 5-year-period registration;
(hosszabbítsa meg a működési nyilvántartásomat)
- } registrate me again in the Operational Registration after cancellation;
(törlést követően ismételt regisztráljon)
- } change the information and my datas in the operational registration database;
(adatváltozásomat rögzítse a működési nyilvántartásba)
- } replace my stolen, missing or spoiled card of operational registration;
(pótolja az elveszett, ellopott vagy megrongálódott működési nyilvántartási igazolványomat)
- } put into the operational registration database that I am pursuing the health activity with supervision;
(rögzítse a nyilvántartásba a felügyelet melletti tevékenységgyakorlást)
- } cancel me from the operational registration.
(töröljön a működési nyilvántartásból)

10. I hereby declare that I have clean criminal record and that I am not under the effect of a non-appealable sentence imposed for a criminal offence suspending the health care activity.

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy nem állok olyan bűncselekménnyel kapcsolatban büntetett előlethez fűződő hátrányos jogkövetkezmények hatálya alatt, amely miatt egy évet meghaladó végrehajtható szabadságvesztésre ítélték, illetve nem állok az egészségügyi tevékenység folytatását kizáró foglalkoztatástól eltiltás hatálya alatt.)

11. I hereby give my consent to the National Directorate General For Hospitals to continuously verify the information indicated in point 2.

(Hozzájárulok ahhoz, hogy az OKFŐ hatósági ellenőrzés keretében a 2. pontban foglalt tények fennállására vonatkozó adatokat a működési nyilvántartásban szereplésem időtartama alatt folyamatosan ellenőrizze.)

12. I hereby take note that the National Directorate General For Hospitals has national and exclusive competence to obtain information from the criminal registration system for official inspection purposes.

Tudomásul veszem, hogy az OKFŐ a hatósági ellenőrzés céljából adatot igényelhet a bünygyi nyilvántartási rendszerből.)

13. I hereby declare that

- } I am not under the effect of any decree declaring that I am unfit to pursue the healthcare activity permanently (due to my health condition),
- } I am not under the effect of any authority's decision forbidding me to pursue the health care activity.

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

{ } nem állok (egészségügyi állapotom miatt) az egészségügyi tevékenység folytatására véglegesen alkalmatlanná nyilvánító határozat hatálya alatt,

{ } nem állok az egészségügyi tevékenység gyakorlásától eltiltó hatósági határozat hatálya alatt.)

14. I hereby give my assent to the National Directorate General For Hospitals to verify the datas indicated in this Application.

(Hozzájárulok, hogy a kérelmemben általam, vagy a munkáltatóm által szolgáltatott adatokat az OKFŐ ellenőrizhesse.)

15. I hereby declare that out of Hungary

{ } I have never worked and I am not working in the area of health;

{ } I worked in the area of health;

{ } I am working now in the area of health

and according to the law of the foreign country I have clean criminal record and I am not under the effect of a non-appealable sentence imposed for a criminal office suspending the health care activity.

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy Magyarországon kívül egészségügyi tevékenységet

{ } nem végeztem és jelenleg sem végzek;

{ } végeztem;

{ } jelenleg is végzek

és az egészségügyi tevékenység végzésének helye szerinti állam(ok) jogszabályai alapján nem állok az egészségügyi tevékenység gyakorlását kizáró vagy korlátozó intézkedés, büntetés, büntetőjogi intézkedés hatálya alatt.)

16. I hereby declare that the information contained in this Application are true and correct at the moment of signing.

(Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek.)

Done in:(place).....(day/month/year)

(Kelt)

(hely)

(nap/hónap/év)

_____ **original signature of the applicant**

(Eredeti aláírás)

Without the signature the application is not valid and unacceptable.

(Aláírás hiányában a kérelem érvénytelen és elfogadhatatlan)

Required documents:

- Transfer receipt of the administrative fee (You can check the administrative fee at our website: www.enkk.hu)
- The proof of membership of the chamber.
- If it is necessary, you need to fulfilling the mandatory further trainings, or absolved of the obligation for further training.

The application can be sent:

- by e-mail to omn@okfo.gov.hu
- by post as a required letter to the address 1444 Budapest, P.O. Box 270.;
- by personal at our customer service during the opening hours (You can check the opening hours at our website: www.enkk.hu)

Availability:

- E-mail: omn@okfo.gov.hu
- Account number: 10032000-00362241-00000000
- Swift code: HUSTHUHB
- IBAN number: HU97 1003 2000 0036 2241 0000 0000

The receipt shall be attached to the application. The fee of the transfer and the change is the applicant's cost.