

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)

APPLICATION AND DECLARATION	
for medical doctors, dentists, pharmacists, clinical health workers and healthcare workers (nurses, midwives, etc)	
<u>NOT intend to work in healthcare in Hungary</u>	
I. Personal details	
Basic registration number:	
Name (your name in the ID card or passport)	
Surname:	Given name:
Name at birth	
Surname:	Given name:
Mother's maiden name:	
Place and date of birth:	
Nationality:	
E-mail address:	
I would like to get the certificate:	
{ } by e-mail to that e-mail address(es):.....	
{ } in person at the customer service during the opening hours (in that case we will notice you by e-mail when the certificate is ready)	

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 bünyügyi nyilvántartó hatóságtól.)</i></p>
<p>Done in:(place).....(day/month/year)</p>
<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>original signature of the applicant</p>