* Kérjük NYOMTATOTT NAGYBETŰ használatát
* Kérjük a megfelelő kockába (◻) “X” jelet tegyen
* Kitöltés előtt olvassa végig figyelmesen a “kitöltési útmutatót
* A vonatkozó jogszabályok megtalálhatók: [www.easa.eu](http://www.easa.eu)

|  |
| --- |
| BEJELENTŐ |
| **Adat védelem:** Tájékoztatom, hogy jelen hatósági eljárásban a személyes adatkezelés a Hatóságra ruházott közhatalmi jogosítvány gyakorlásának keretében végzett feladat végrehajtásához szükséges, amellyel kapcsolatos részletes előírásokat és az adatkezelésben érintettek jogait a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló 2016/678 EU rendelet 6. cikke és III. fejezete; az Ákr. 27.§-a, 36. §-a és 103. §-a; az Lt. 3/A. §-a; a2018/1139 EU rendelet 74. cikke; továbbá a 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Info tv.) 5.§-a és II/A. fejezete határozza meg. Tájékoztatom, hogy az Info tv. 22. §-a szerint a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogainak érvényesítése érdekében a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz fordulhat, továbbá az Info tv. 23- §-a értelmében lehetősége van adatainak védelme érdekében bírósághoz fordulni. |
| **1.1 Bejelentő adatai** |
| 1.1.1 Bejelentő neve  |  |
| 1.1.2 Címe (A szervezet bejegyzett székhelye) | Közterület/ házszám |  |
| Irányító szám |  |
| Város |  |
| Ország |  |
| E-mail |  |
| Honlap |  |
| Telefon/Fax |  |
| 1.1.3 Felelős vezető | Titulus | [ ]  Mr. [ ]  Ms. |
| Vezetéknév |  |
| Keresztnév |  |
| Születési hely / idő |  |
| Munka köre |  |
| E-mail  |  |
| Telefon |  |
| Kérjük, csatolja az önéletrajzot, |
| **1.2 Repülő orvosi Központ**(amelyre a jóváhagyást kérik) | [ ]  Ugyan az, mint a bejelentő adat 1.1 (**→** folytassa1.3) |
| 1.2.1 Repülő orvosi központ neve | [ ]  Ugyanaz, mint a 1.1.1 Bejelentő neve | [ ]  Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban) |
| Neve |  |
| 1.2.2 Repülő orvosi központ címe | [ ]  Ugyanaz, mint a 1.1.2 Címe | [ ]  Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban) |
| Utca/Házszám |  |
| Irányítószám |  |
| Város |  |
| Ország |  |
| E-mail |  |
| Telefon/Fax |  |
| **1.2.3** Használja az **I. mellékletet** a jóváhagyás hatókörével kapcsolatos összes orvosi és technikai eszköz felsorolásához, beleértve a kiegészítő klinikai helyeket. (ha eltér az 1.2-től) |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.3 Számlázási adatok** | [ ]  Ugyan az, mint a bejelentő adat 1.1 (**→** folytassa1.4) |
| 1.3.1 Számlázási név  | [ ]  Ugyanaz, mint a 1.1.1 Bejelentő neve | [ ]  Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban) |
| Neve |  |
| 1.3.2 Számlázási cím | [ ]  Ugyanaz, mint a 1.1.2 Címe | [ ]  Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban) |
| Utca/Házszám |  |
| Postafiók |  |
| Irányítószám |  |
| Város |  |
| Ország |  |
| E-mail  |  |
| Telefon/Fax |  |
| **A szervezet egyéb engedélyei:**  | Engedély hiv. szám:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.4 A tanúsítvány kézbesítési adatai** | [ ]  Ugyan az, mint a bejelentő adat 1.1  |
| 1.4.1 Jelentkező neve  | [ ]  Ugyanaz, mint a 1.1.1 Bejelentő neve | [ ]  Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban) |
| Név: |  |
| 1.4.2 Tanúsítvány kézbesítési címe | [ ]  Ugyanaz, mint a 1.1.2 Címe | [ ]  Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban) |
| Utca/Házszám |  |
| Postafiók |  |
| Irányítószám |  |
| Város |  |
| Ország |  |
| E-mail  |  |
| Telefon/Fax |  |

|  |
| --- |
| **A kérelem tárgya** |
| [ ]  **Kezdeti jóváhagyás** |
| **[ ]  Jóváhagyás módosítása** (Módosítás esetén csak azokat a részeket kell kitölteni, a kérelem űrlapon, amelyeket érint a módosítás) | Engedély hiv. sz.: | Módosítás esetén a módosítás rövid leírása: |
| **A tevékenység tervezett megkezdése** | (dd Month yyyy) |

|  |
| --- |
| 2. Szakmai Vezető |
| 2.1 Neve |  |
| 2.2 AME tanúsítványhivatkozás |  |
| 2.3 Class 1 vizsgálatának kezdete | (dd Month yyyy) |
| Kérjük, csatolja az önéletrajzot, a kapcsolódó képesítések és tapasztalatot igazoló dokumentumokat. |
| 3. Egyéb vezető beosztású személyek a kérelemmel kapcsolatos szervezetben. |
| **3.1. Megfelelőség** **ellenőrzési vezető:** | Neve: |  |
|  | Születési hely/idő: |  |
|  | E-mail |  |
|  | Telefon: |  |
|  | Teljes vagy rész munkaidőben foglalkoztatott |  |
| Kérjük, csatolja az önéletrajzot, a kapcsolódó képesítések és tapasztalatot igazoló dokumentumokat. |
| **3.2.Repülés biztonsági vezető** | Neve: |  |
|  | Születési hely/idő: |  |
|  | E-mail |  |
|  | Telefon: |  |
|  | Teljes vagy rész munkaidőben foglalkoztatott |  |
| Kérjük, csatolja az önéletrajzot, a kapcsolódó képesítések és tapasztalatot igazoló dokumentumokat. |
| 4. A minősített AME (k) neveHasználja az **II. mellékletet**, hogy felsorolja az összes képesített AME-t, orvosi személyzetet és támogató szakembereket. |
| 5. A pályázattal benyújtott javasolt igazgatási dokumentumok és kézikönyvek |
| [ ]  Management Rendszer dokumentáció | [ ]  Egyéb kézikönyvek |
| [ ]  Személyzeti képzések | [ ]  Klinikai kötődések vagy kapcsolattartás a kijelölt kórházakkal vagy orvosi intézetekkel |
| 6. A javasolt megfelelési monitoring rendszer részletei. |
| **Tétel** | Hivatkozás a szervezet dokumentációjában |
| 6.1 A szervezet vezetési rendszerének megfelelőség ellenőrzés rendeltetésének részletes leírása6.1.1 Világosan meghatározott felelőségi körök és elszámoltathatóság mindenhol a szervezeten belül, bele értve a felelős vezető közvetlen elszámoltathatóságát a megfelelőség és repülésbiztonság kérdésekben.  | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.2 Lista-, táblázat- vagy kereszthivatkozás, amely leírja, hogy milyen eszközöket és módszereket alkalmaznak a szervezetre vonatkozó minden egyes bevezetett követelmény kezdeti és folyamatos megfelelőség fenntartására. | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.3 Eszközök és módszerek, amelyek biztosítják a belső ellenőrzések (jóváhagyott szervezet megfelelőség ellenőrzése) végrehajtását  | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.4 Eszközök és módszerek, amelyek biztosítják egy olyan visszacsatolási rendszer kialakítását, amely az ellenőrzések megállapításairól tájékoztatja a felelős vezetőt, ez által biztosítva a kiigazító szükséges intézkedések hatékony végrehajtását.  | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.5 Kijelölt személy vagy személyek csoportja, aki(k) végső soron a felelős vezetőnek tartoznak felelősséggel annak biztosítására, hogy a szervezet mindig megfelel az alkalmazandó követelményeknek | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.6 Eszközök és módszerek, amelyek felkészítik a személyzetet a felelőségi köreikre és az elszámoltathatóságra a jóváhagyott szervezeten belül. | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.7 A felügyeleti rendszer összes kulcsfontosságú eljárásának dokumentációjának módosítási eljárásai, beleértve a személyzet tagjaival felelőségi köreiket tudatosító módszereket is | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.8 A szervezetnek be kell mutatnia azon eszközöket és módszereket, amelyek biztosítják, amennyiben a jóváhagyott szervezet szerződéssel kiszervezi tevékenységének bizonyos részeit, a szerződő szervezetnek/személynek biztosítani kell, hogy az illetékes hatóság hozzá férhessen a szerződés alapján dolgozó szervezethez/személyhez, hogy ellenőrizhesse a vonatkozó követelményeknek való kezdeti és folyamatos megfelelést.  | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.9 A szervezet mutassa be a felelős vezetőnek a közvetlen biztonsági elszámoltathatóság követelményének való megfelelést. | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.10 A szervezet mutassa be a követelményeknek való megfelelést a szervezet biztonság politikájának, bemutatásával. | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.11 A szervezet mutassa be a szervezet tevékenységeiből eredő repülésbiztonsági veszélyek azonosításának módszerét a megfelelőségi követelmények teljesítése érdekében (eszközök és módszerek tekintetében) | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.12 A szervezet mutassa be a követelménynek való megfelelőség módszerét a repülés biztonsági veszélyek azonosítása, értékelése és az azokhoz kapcsolódó kockázatok kezelésével kapcsolatban (eszközök és módszerek tekintetébe.) | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.13 A szervezet mutassa be a követelménynek való megfelelőség módszerét a kockázat mérséklésének és hatékonyságának ellenőrzésére, bele értve a kockázatok csökkentése érdekében tett intézkedéseket és azok hatékonyságának bizonyítását (eszközök és módszerek tekintetében) | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.14 A szervezet mutassa be a követelménynek való megfelelőség módszerét, hogy a jóváhagyott szervezet biztosítja a személyzet képzését, hogy tisztában legyenek a kötelezettségeikkel, feladataiknak gyakorlására vonatkozó előírásokkal és eljárásokkal bele értve a biztonsági előírásokkal kapcsolatos kötelezettségeiket (eszközök és módszerek tekintetében) | Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában |
| 6.15 Kockázat elemzés: Kérjük, csatolja a tevékenységgel vagy változással összefüggő kockázat elemzést és kockázat csökkentő intézkedések meghatározását a GM4 ORA.GEN.200(a)(3) pontnak megfelelő formában.(Az AeMC az egyes veszélyek esetleges hátrányos következményeit, kimenetelének értékelését rögzíthetik egy kockázat regiszterben.) |

|  |
| --- |
| 7. Megjegyzések |
| Ha a fenti kérdésekre adott válaszok nem teljesek: Kérjük, adja meg az alternatív megoldások részletes adatait. |
| 8. A kérelmező nyilatkozata |
| A fenti adatoknak megfelelően a 1178/2011/EU rendelet VII. melléklete (Part-ORA) ORA.GEN.115 pontja alapján kérem a hatóságot, hogy a szervezetem számára Part-ORA szerint AeMC szervezeti engedélyt adjon ki, módosítsa a korábbi AeMC szervezeti engedélyemet vagy hagyja jóvá az AeMC szervezetemben tervezett változtatást.Kijelentem, hogy az űrlapon megadott és csatolt dokumentációban szereplő adatok a kérelem benyújtásának időpontjában megfelelnek a valóságnak és a kérelemben megnevezett valamennyi személy – a pozíciójának megfelelően- megfelel a vonatkozó követelményeknek.Tudomásul veszem, hogy nem teljes körűen kitöltött kérelem vagy hiányosan csatolt dokumentumok esetén a hatóság hiánypótlási felszólítással bekéri a hiányos adatokat vagy dokumentumokat. A kérelem kitöltésekor ismertem és megértettem a Part-MED és Part-ORA vonatkozó követelményeit és ennek megfelelően csatoltam a szükséges dokumentumokat a kérelemhez.Tudatában vagyok, hogy valótlan adatok közlése esetén a kérelem elutasításra kerülhet.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kelt (hely, dátum)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Felelős vezető neve Aláírás**A felelős vezetőnek kell aláírnia a megfelelő helyen!** |
| **Közlemény a Hatóságnak**  |
| Ezt a kérelmet és a 7. fejezetben ismertetett kiegészítő dokumentumot e-mailben és levélben kell elküldeni:Innovációs és Technológiai MinisztériumLégügyi Szakszolgálati Hatósági Főosztály Képzési, Szimulátor Engedélyezési és Repülés-egészségügyi Osztály **levelezési cím**: 1440 Budapest, Pf. 1;email: aeromed@itm.gov.hu ; tel:+3612735550 |

**Kérjük, ne felejtse el, ALÁÍRNI a KITÖLTÖTT NYOMTATVÁNYT**

|  |
| --- |
| **I. melléklet**: Az orvosi és műszaki létesítmények listája, beleértve a kiegészítő klinikai helyszíneket. |
| Orvosi és technikai eszközök a jóváhagyási és kiegészítő klinikai helyszínekhez. | **A képzés típusa** |
| 1. | Név |  | [ ]  Klinikai kötődés[ ]  Class 1-re |
| Utca/Házszám |  |
| Postafiók |  |
| Irányítószám |  |
| Város |  |
| Ország |  |
| 2. | Név |  | [ ]  Klinikai kötődés [ ]  Class 1-re |
| Utca/Házszám |  |
| Postafiók |  |
| Irányítószám |  |
| Város |  |
| Ország |  |
| 3. | Név |  | [ ]  Klinikai kötődés[ ]  Class 1-re |
| Utca/Házszám |  |
| Postafiók |  |
| Irányítószám |  |
| Város |  |
| Ország |  |
| 4. | Név |  | [ ]  Klinikai kötődés[ ]  Class 1-re |
| Utca/Házszám |  |
| Postafiók |  |
| Irányítószám |  |
| Város |  |
| Ország |  |
| 5. | Név |  | [ ]  Klinikai kötődés[ ]  Class 1-re |
| Utca/Házszám |  |
| Postafiók |  |
| Irányítószám |  |
| Város |  |
| Ország |  |

|  |
| --- |
| **II. Melléklet**: A minősített AME-k, az orvosi személyzet és a támogató szakemberek listája  |
|  | **Azonosítás és képesítések** | **Tanúsítvány és szerep** | **Foglalkoztatás típusa** |
| 1. | Név |  | Bizonyítvány száma: | [ ]  Teljes munkaidő[ ]  Rész munkaidő |
|  |  |
| Szakképesítés |  | [ ]  AME[ ]  Szaktanácsadó támogatása |
|  |
|  |
|  |
| 2. | Név  |  | Bizonyítvány száma: | [ ]  Teljes munkaidő[ ]  Rész munkaidő |
|  |  |
| Szakképesítés |  | [ ]  AME[ ]  Szaktanácsadó támogatása |
|  |
|  |
|  |
| 3. | Név  |  | Bizonyítvány száma: | [ ]  Teljes munkaidő[ ]  Rész munkaidő |
|  |  |
| Szakképesítés |  | [ ]  AME[ ]  Szaktanácsadó támogatása |
|  |
|  |
|  |
| 4. | Név  |  | Bizonyítvány száma: | [ ]  Teljes munkaidő[ ]  Rész munkaidő |
|  |  |
| Szakképesítés |  | [ ]  AME[ ]  Szaktanácsadó támogatása |
|  |
|  |
|  |
| 5. | Név |  | Bizonyítvány száma: | [ ]  Teljes munkaidő[ ]  Rész munkaidő |
|  |  |
| Szakképesítés |  | [ ]  AME[ ]  Szaktanácsadó támogatása |
|  |
|  |
|  |

**Kitöltési útmutató az OM\_AMS\_App\_9\_1 nyomtatványhoz**

Ez az alkalmazás-kitöltési útmutató lap további útmutatásokat és követelményeket biztosít az AEMC szervezet jóváhagyásának alkalmazásához. Kérjük, töltse ki az űrlapot jól olvasható módon.

|  |
| --- |
| 1.Rész : Pályázó |
| **1.1.1** | Kérjük, adja meg a cég teljes nevét, ahogy az szerepel a cikkben / a társaságalapító okiratában. Adott esetben adja meg a kereskedelmi nevet, az üzleti tevékenységet és a cég regisztrációs számát is. Abban az esetben, ha a kérelmező nem társaság, hanem természetes személy, kérjük, adja meg a teljes nevet, ahogy az az Ön személyi igazolványában / útlevélében szerepel. |
| **1.1.2** | Kérjük, adja meg a bejegyzett székhely címét, amint az szerepel a cikkben / a társaságalapító okiratában. Abban az esetben, ha a pályázó nem társaság, hanem természetes személy, kérjük, adja meg azt a címet, ahol regisztrált. |
| **1.1.3** | Az ebben a részben meghatározott név és elérhetőségi adatok a felelős személy neve és elérhetősége. |
| **1.2.1** | Az ebben a szakaszban meghatározott (cég) név a MAGYARORSZÁG CAA által kiadott tanúsítványra lesz nyomtatva. |
| **1.2.2** | Az ebben a részben megadott cím, a bejegyzett cégcím, a MAGYARORSZÁG CAA által kiadott tanúsítványra lesz nyomtatva. |
| **1.3.1** | Az ebben a szakaszban meghatározott (cég) nevet a MAGYARORSZÁG CAA számlákra nyomtatja ki. |
| **1.3.2** | Az ebben a szakaszban megadott címet a magyarországi CAA számlákon nyomtatja ki. |
| **1.4.1** | Az ebben a szakaszban meghatározott (cég) név az, ahol a MAGYARORSZÁG CAA küldi az eredeti tanúsítványt / jóváhagyást. |
| **1.4.2** | Az ebben a szakaszban megadott cím az, ahol a MAGYARORSZÁG CAA küldi az eredeti tanúsítványt / jóváhagyást. |

|  |
| --- |
| **2-8.Rész**  |
| **2.1** | Kérjük, adja meg az AeMC szakmai vezetőjének vezetéknevét és keresztnevét |
| **2.2** | Hivatkozás az AEMC vezetőjének AME - tanúsítványára |
| **2.3** | Dátum, amikor az AeMC vezetőjének AME - tanúsítványát kiterjesztették az 1. osztály kiváltságaira |
| **4.** | Kérjük, a II. Mellékletben sorolja fel az összes képesített AME-t, orvosi személyzetet és támogató szakembereket. Ez a lista megfelel a szervezet kézikönyvében található listáknak. |
| **5.** | Jelölje be az összes megfelelő mezőt, hogy jelezze, hogy a dokumentum csatlakozik-e a kérelemhez. |
| **6.** | Minden egyes felsorolt tétel (6.1–6.14) esetében adja meg a szervezet kézikönyvében vagy ellenőrzött dokumentációjában a kereszt hivatkozások jegyzékét. |
| **7.** | Ne felejtse el megadni a cégjegyzék számát és a bíróság által bejegyzett tanúsítvány másolatát. |
| **8.** | Kérjük, győződjön meg róla, hogy az felelős vezető aláírja a jelentkezési lapot. |