

**PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ  
szervezeti engedély kérelem az EU bizottság  
(EC) No: 1178/2011 rendelete VII.  
melléklet (Part-Ora) alapján.**

1440. Budapest Pf.: 1  
E-mail: [caa@tim.gov.hu](mailto:caa@tim.gov.hu)  
Tel:+36 1 273 5526 Fax:+36 29 354224

- 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)

## 1 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

<b>1.1.1 Bejelentő neve</b>		
<b>1.1.2 Címe</b> (A szervezet bejegyzett székhelye)	Közterület/ házsám	
	Irányító szám	
	Város	
	Ország	
	E-mail	
	Honlap	
	Telefon/Fax	
<b>1.1.3 Felelős vezető</b>	Titulus	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Ms.
	Vezetéknév	
	Keresztnév	
	Születési hely / idő	
	Munka köre	
	E-mail	
	Telefon	

Kérjük, csatolja az önéletrajzot,

**1.2 Repülő orvosi Központ**  
(amelyre a jóváhagyást kéri)

Ugyan az, mint a bejelentő adat 1.1 (→ folytassa1.3)

**PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ  
szervezeti engedély kérelem az EU bizottság  
(EC) No: 1178/2011 rendelete VII.  
melléklet (Part-Ora) alapján.**

1440. Budapest Pf.: 1  
E-mail: [caa@tim.gov.hu](mailto:caa@tim.gov.hu)  
Tel:+36 1 273 5526 Fax:+36 29 354224

<b>1.2.1 Repülő orvosi központ neve</b>	<input type="checkbox"/> Ugyanaz, mint a 1.1.1 Bejelentő neve	<input type="checkbox"/> Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban)
	Neve	
<b>1.2.2 Repülő orvosi központ címe</b>	<input type="checkbox"/> Ugyanaz, mint a 1.1.2 Címe	<input type="checkbox"/> Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban)
	Utca/Házzszám	
	Irányítószám	
	Város	
	Ország	
	E-mail	
	Telefon/Fax	
<b>1.2.3</b> Használja az <b>I. mellékletet</b> a jóváhagyás hatókörével kapcsolatos összes orvosi és technikai eszköz felsorolásához, beleértve a kiegészítő klinikai helyeket. (ha eltér az 1.2-től)		

<b>1.3 Számlázási adatok</b>		<input type="checkbox"/> Ugyan az, mint a bejelentő adat 1.1 (→ folytassa1.4)
<b>1.3.1 Számlázási név</b>	<input type="checkbox"/> Ugyanaz, mint a 1.1.1 Bejelentő neve	<input type="checkbox"/> Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban)
	Neve	
<b>1.3.2 Számlázási cím</b>	<input type="checkbox"/> Ugyanaz, mint a 1.1.2 Címe	<input type="checkbox"/> Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban)
	Utca/ Házzszám	
	Postafiók	
	Irányítószám	
	Város	
	Ország	
	E-mail	
Telefon/Fax		
<b>A szervezet egyéb engedélyei:</b>		<b>Engedély hiv. szám:</b>



1440. Budapest Pf.: 1  
E-mail: [caa@tim.gov.hu](mailto:caa@tim.gov.hu)  
Tel:+36 1 273 5526 Fax:+36 29 354224

**PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ  
szervezeti engedély kérelem az EU bizottság  
(EC) No: 1178/2011 rendelete VII.  
melléklet (Part-Ora) alapján.**

<b>1.4 A tanúsítvány kézbesítési adatai</b>		<input type="checkbox"/> Ugyan az, mint a bejelentő adat 1.1	
<b>1.4.1 Jelentkező neve</b>	<input type="checkbox"/> Ugyanaz, mint a 1.1.1 Bejelentő neve		<input type="checkbox"/> Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban)
	Név:		
<b>1.4.2 Tanúsítvány kézbesítési címe</b>	<input type="checkbox"/> Ugyanaz, mint a 1.1.2 Címe		<input type="checkbox"/> Egyéb (kérjük, adja meg az alábbiakban)
	Utca/ Házzszám		
	Postafiók		
	Irányítószám		
	Város		
	Ország		
	E-mail		
	Telefon/Fax		
<b>A kérelem tárgya</b>			
<input type="checkbox"/> Kezdeti jóváhagyás			
<input type="checkbox"/> <b>Jóváhagyás módosítása</b> (Módosítás esetén csak azokat a részeket kell kitölteni, a kérelem űrlapon, amelyeket érint a módosítás)	Engedély hiv. sz.:	Módosítás esetén a módosítás rövid leírása:	
<b>A tevékenység tervezett megkezdése</b>	(dd Month yyyy)		

1440. Budapest Pf.: 1  
E-mail: [caa@tim.gov.hu](mailto:caa@tim.gov.hu)  
Tel:+36 1 273 5526 Fax:+36 29 354224

**PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ  
szervezeti engedély kérelem az EU bizottság  
(EC) No: 1178/2011 rendelete VII.  
melléklet (Part-Ora) alapján.**

**2. Szakmai Vezető**

2.1 Neve

2.2 AME tanúsítványhivatkozás

2.3 Class 1 vizsgálatának  
kezdeté

(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) neve**

Használja 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

1440. Budapest Pf.: 1  
E-mail: [caa@tim.gov.hu](mailto:caa@tim.gov.hu)  
Tel:+36 1 273 5526 Fax:+36 29 354224

**PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ  
szervezeti engedély kérelem az EU bizottság  
(EC) No: 1178/2011 rendelete VII.  
melléklet (Part-Ora) alapján.**

**6. A javasolt megfelelési monitoring rendszer részletei.**

<b>Tétel</b>	<b>Hivatkozás a szervezet dokumentációjában</b>
6.1 A szervezet vezetési rendszerének megfelelés ellenőrzés rendeltetésének részletes leírása 6.1.1 Világosan meghatározott felelőségi körök és elszámoltathatóság mindenhol a szervezeten belül, beleértve a felelős vezető közvetlen elszámoltathatóságát a megfelelés és repülésbiztonság kérdésekben.	Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában
6.2 Lista-, táblázat- vagy kereszt-hivatkozás, amely leírja, hogy milyen eszközöket és módszereket alkalmaznak a szervezetre vonatkozó minden egyes bevezetett követelmény kezdeti és folyamatos megfelelés fenntartására.	Kérjük, adja meg a hivatkozást a szervezet dokumentációjában
6.3 Eszközök és módszerek, amelyek biztosítják a belső ellenőrzések (jóváhagyott szervezet megfelelés 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

1440. Budapest Pf.: 1  
E-mail: [caa@tim.gov.hu](mailto:caa@tim.gov.hu)  
Tel:+36 1 273 5526 Fax:+36 29 354224

**PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ  
szervezeti engedély kérelem az EU bizottság  
(EC) No: 1178/2011 rendelete VII.  
melléklet (Part-Ora) alapján.**

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 tekintetében.)	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.



1440. Budapest Pf.: 1  
E-mail: [caa@tim.gov.hu](mailto:caa@tim.gov.hu)  
Tel:+36 1 273 5526 Fax:+36 29 354224

**PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ  
szervezeti engedély kérelem az EU bizottság  
(EC) No: 1178/2011 rendelete VII.  
melléklet (Part-Ora) alapján.**

**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**



1440. Budapest Pf.: 1  
E-mail: [caa@tim.gov.hu](mailto:caa@tim.gov.hu)  
Tel:+36 1 273 5526 Fax:+36 29 354224

**PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ  
szervezeti engedély kérelem az EU bizottság  
(EC) No: 1178/2011 rendelete VII.  
melléklet (Part-Ora) alapján.**

Ezt a kérelmet és a 7. fejezetben ismertetett kiegészítő dokumentumot cégkapun kell elküldeni.

Kérdésével forduljon:

Technológiai és Ipari Minisztérium

Légügyi Szakszolgálati Hatósági Főosztály

Képzési, Szimulátor Engedélyezési és Repülés-egészségügyi Osztály

**levelezési cím:** 1440 Budapest, Pf. 1;

email: [aeromed@tim.gov.hu](mailto:aeromed@tim.gov.hu) ; tel:+3612735550

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



**PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ  
szervezeti engedély kérelem az EU bizottság  
(EC) No: 1178/2011 rendelete VII.  
melléklet (Part-Ora) alapján.**

1440. Budapest Pf.: 1  
E-mail: [caa@tim.gov.hu](mailto:caa@tim.gov.hu)  
Tel:+36 1 273 5526 Fax:+36 29 354224

<b>I. melléklet: Az orvosi és műszaki létesítmények listája, beleértve a kiegészítő klinikai helyszíneket.</b>		
Orvosi és technikai eszközök a jóváhagyási és kiegészítő klinikai helyszínekhez.		A képzés típusa
1.	Név	<input type="checkbox"/> Klinikai kötődés <input type="checkbox"/> Class 1-re
	Utca/Házzszám	
	Postafiók	
	Irányítószám	
	Város	
	Ország	
2.	Név	<input type="checkbox"/> Klinikai kötődés <input type="checkbox"/> Class 1-re
	Utca/Házzszám	
	Postafiók	
	Irányítószám	
	Város	
	Ország	
3.	Név	<input type="checkbox"/> Klinikai kötődés <input type="checkbox"/> Class 1-re
	Utca/Házzszám	
	Postafiók	
	Irányítószám	
	Város	
	Ország	
4.	Név	<input type="checkbox"/> Klinikai kötődés <input type="checkbox"/> Class 1-re
	Utca/Házzszám	
	Postafiók	
	Irányítószám	
	Város	
	Ország	
5.	Név	<input type="checkbox"/> Klinikai kötődés <input type="checkbox"/> Class 1-re
	Utca/Házzszám	
	Postafiók	
	Irányítószám	
	Város	
	Ország	

1440. Budapest Pf.: 1  
E-mail: [caa@tim.gov.hu](mailto:caa@tim.gov.hu)  
Tel:+36 1 273 5526 Fax:+36 29 354224

**PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ  
szervezeti engedély kérelem az EU bizottság  
(EC) No: 1178/2011 rendelete VII.  
melléklet (Part-Ora) alapján.**

<b>II. Melléklet:</b> A minősített AME-k, az orvosi személyzet és a támogató szakemberek listája				
	<b>Azonosítás és képzések</b>		<b>Tanúsítvány és szerep</b>	<b>Foglalkoztatás típusa</b>
1.	Név		Bizonyítvány száma:	<input type="checkbox"/> Teljes munkaidő <input type="checkbox"/> Rész munkaidő
	Szakképesítés		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Szaktanácsadó támogatása	
2.	Név		Bizonyítvány száma:	<input type="checkbox"/> Teljes munkaidő <input type="checkbox"/> Rész munkaidő
	Szakképesítés		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Szaktanácsadó támogatása	
3.	Név		Bizonyítvány száma:	<input type="checkbox"/> Teljes munkaidő <input type="checkbox"/> Rész munkaidő
	Szakképesítés		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Szaktanácsadó támogatása	
4.	Név		Bizonyítvány száma:	<input type="checkbox"/> Teljes munkaidő <input type="checkbox"/> Rész munkaidő
	Szakképesítés		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Szaktanácsadó támogatása	
5.	Név		Bizonyítvány száma:	<input type="checkbox"/> Teljes munkaidő <input type="checkbox"/> Rész munkaidő
	Szakképesítés		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Szaktanácsadó támogatása	

1440. Budapest Pf.: 1  
E-mail: [caa@tim.gov.hu](mailto:caa@tim.gov.hu)  
Tel:+36 1 273 5526 Fax:+36 29 354224

**PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ  
szervezeti engedély kérelem az EU bizottság  
(EC) No: 1178/2011 rendelete VII.  
melléklet (Part-Ora) alapján.**

## 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, töltsé 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 / útleveleiben 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 keresztnévét
- 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.