

Adategyeztet Lap
Magyar Orvosi Kamara

1

Alulírott kamarai tag kijelentem, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek, vállalom, hogy az esetleges változásokat, annak bekövetkeztét 1 számított 15 napon belül, területi szervezetemnek bejelentem!

Személyes adatok	
Nyilvántartási szám	
Egészségügyi tevékenység során használt név	
Születési név	
Személyi igazolványban szereplő név	
Születési dátum	____ _ év ____ hó ____ nap
Születési hely	
Anyja neve	
Neme	férfi <input type="checkbox"/> / n <input type="checkbox"/>
Adóazonosító jel	_____
Lakcím (lakcímkártya szerint)	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)
Magyarországi postázási cím	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)
E-mail cím	
Telefonszám	

í í í í í í í í í .
szignó

Adategyeztet Lap
Magyar Orvosi Kamara

2

Végzettségre vonatkozó adatok	
Diploma kelte	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap
Diploma száma	
Diplomát kiállító intézmény neve	
Diploma típusa	általános orvosi <input type="checkbox"/> vagy fogorvosi <input type="checkbox"/> vagy nem orvosi <input type="checkbox"/>
Diploma kiállítója	magyarországi oktatási intézmény <input type="checkbox"/> külföldön szerzett oklevelet honosították <input type="checkbox"/> külföldön szerzett oklevelet egyenérték vé nyilv. <input type="checkbox"/> külföldön szerzett szakképesítést elismerték <input type="checkbox"/>
Szakvizsgálással/szakképesítéssel rendelkezem	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Szakvizsga/szakképesítés megnevezése	
Szakvizsga/szakképesítés száma	
Szakvizsga/szakképesítés kelte	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap
Szakvizsga/szakképesítés kiállítója	
Nyelvvizsga	nyelv:
Nyelvvizsga fokozata, típusa	
Nyelvvizsga kiállítója, kelte	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap
Egyéb diplomával rendelkezem	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Egyéb diploma típusa	
Egyéb diploma kelte	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap
Egyéb diploma száma	
Egyéb diploma kiállítója	

í í í í í í í í í í .
szignó

Adategyeztet Lap
Magyar Orvosi Kamara

3

Munkavégzésre vonatkozó adatok	
Munkahely neve	
Munkahely címe	
Munkahelyi telefonszám	
Beosztás, munkakör	
Osztály	
Belépés dátuma	__ __ __ __ év __ __ hó __ __ nap
Nyugdíjas igazolvánnyal rendelkezem	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Nyugdíjazás kezdete	__ __ __ __ év __ __ hó __ __ nap
Nyugdíj melletti munkavégzés	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>

Számlázási adatok	
(csak akkor kérjük kitölteni, ha vállalkozása nevére kéri a tagdíjszámlát)	
Számlázási (cég)név	
Számlázási cím	
Számlázási (vállalkozási)adószám	

Tagdíjfizetésre vonatkozó adatok, nyilatkozatok	
tagdíjfizetés módja	<input type="checkbox"/> átutalással havi egyenl részletekben, a tárgy hó 10. napjáig
	<input type="checkbox"/> átutalással évi két egyenl részletben, a tárgyév március 31-éig, illetve szeptember 30-áig
	<input type="checkbox"/> átutalással évente egy összegben, a tárgyév március 31. napjáig
	<input type="checkbox"/> munkáltatói bérlevonással havi egyenl részletekben
<input type="checkbox"/>	a tagdíj 50%-át kívánom fizetni, mert GYES-en, GYED-en vagy GYET-en vagyok
<input type="checkbox"/>	teljes tagdíjmentességet kérek, mert elmúltam 70 éves

í í í í í í í í í í .
szignó

Adategyeztetet Lap Magyar Orvosi Kamara

4

Kérem, hogy részemre az Orvosok Lapja folyóirat ingyenesen megküldésre kerüljön!

igen nem

Kérem, hogy a MOK vagy területi szervezetem részemre, az általam megadott e-mail címre elektronikus hírlevelet (rendszeres vagy rendkívüli) küldjön! Az internet a kamarai kapcsolattartás hatékony, gyors és olcsó eszköze. A szolgáltató kamara nem szívesen költené tagjai, így az Ön tagdíját sem arra, hogy a törvényben kötelezően elírt eseteken túl, postai küldemény formájában tartsa a kapcsolatot. A kamara minél több információt, a tagok szakmai munkáját segítő hírt, ismereteket, tájékoztató anyagot szeretne Önnel közölni.

igen nem

Alulírott, a következő adatok vonatkozásában: név; telefonszám; e-mail cím; kifejezetten felhatalmazást adok, hogy MOK tagsági jogviszonyom tartama alatt, ezen adataimat a MOK, a MOK Komplex Pénzügyi Tanácsadó Kft. és partnere, felhasználhassa arra, hogy a MOK tagjai és közvetlen családtagjai részére szóló, a kamarai tagság életminőségével, anyagi jólétével, elmenetelével kapcsolatos szolgáltatásaival, javaslataival megkereshessen.

igen nem

Kelt: í í í í í í í í í í í í í í í ..

í í í í í í í í í í í í í í í í

aláírás

p.h.

í í í í í í í í í í .
szignó