

**Kérelem**  
**Kamarai Tagság Megszüntetése**  
**Magyar Orvosi Kamara**

Alulírott:

Személyes adatok	
Egészségügyi tevékenység során használt név	
Születési név	
Személyi igazolványban szereplő név	
Születési hely és idő	
Anyja neve	
Nyilvántartási szám	
Lakcím (lakcímkártya szerint)	
Magyarországi postázási cím	

az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (Ekt.) 19/B.§ (1) bekezdés b) pontja alapján kérem a Magyar Orvosi Kamarával fennálló tagsági jogviszonyom megszüntetését

jelen kérelem illetékes területi szervezethez beérkezésének napjával vagy

\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ napi hatállyal.

A tagsági jogviszony visszamenőleges hatályú megszüntetésére nincs jogi lehetőség!

Jelen kérelem aláírásával, **tudomásul veszem, hogy:**

- tagdíjfizetési kötelezettségem jelen kérelem benyújtása hónapjának utolsó napjáig áll fenn,
- amennyiben általam meghatározott későbbi időpontban kértem tagsági jogviszonyom megszüntetését, úgy – jelen kérelem beérkezését követően – a kérelemben megjelölt időpont hónapjának utolsó napjáig áll fenn tagdíjfizetési kötelezettségem,
- tagsági kártyámat – jelen kérelemmel együtt - területi szervezetem részére visszaküldöm.

.....  
szignó

A tagsági jogviszony kérelemre történő megszüntetése iránti eljárás illetékköteles, az **illeték mértéke 3.000,- Ft**. Az illetékfizetés módja:

- az illetékbélyeget jelen kérelemre kell ráragasztani, *vagy*
- banki átutalással kell teljesíteni a CIB Banknál vezetett 10702019-02015103-51400006 számú bankszámlára. Közleményként fel kell tüntetni a kérelmező nevét, nyilvántartási (pecsét)számát és lakcímét. Az átutalási megbízás egy másolati példányát a kérelemhez csatolni kell! Erre a számlára csak és kizárólag eljárási illetéket lehet utalni! Külföldről indított utalás esetén (is) az utalás valamennyi költségét az ügyfélnek kell viselnie!

Kérjük, hogy a kinyomtatott, valamennyi oldalon aláírt kérelem egy példányát, postai úton – az Ön érdekében igazolhatóan ajánlott/tértivevényes küldeményként – küldje meg területi szervezete címére.

Általános orvosként abba a megyei vagy fővárosi illetékességű területi szervezetbe, melynek tagja.<sup>1</sup>

Fogorvosként a MOK Fogorvosok Területi Szervezetébe, cím: 1068 Budapest, Szondi utca 100., telefon: 06/1/353-2188.

Nem orvosi diplomásként a MOK Diplomások Területi Szervezetébe, cím: 1063 Budapest, Szív utca 54., telefon: 06/1/308-8628.

Tájékoztatjuk, hogy a hatályos jogszabályok értelmében Magyarországon egészségügyi tevékenységet az folytathat, aki az illetékes szakmai kamara tagja.

Kelt: .....

.....

aláírás

p.h.

Illetékbélyeg helye:



<sup>1</sup> a területi szervezetek listáját és elérhetőségét a [www.mok.hu](http://www.mok.hu) honlapon találja meg