

Kérelem
Tagsági Jogviszony Helyreállítása
Szünetel Tag részér l
Magyar Orvosi Kamara

1/6

Személyes adatok ¹	
Nyilvántartási szám	
Egészségügyi tevékenység során használt név	
Születési név	
Személyi igazolványban szerepl 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	
Mobil/Telefonszám	

¹ Kérjük, a táblázatban szerepl minden adatot szíveskedjék megadni!

í í í í í í í í í í .
szignó

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"/>
Szakvizsgával/szakképesítéssel rendelkezem ²	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Szakvizsga/szakképesítés megnevezése	
Szakvizsga/szakképesítés száma	
Szakvizsga/szakképesítés kelte	__ __ __ __ év __ __ hó __ __ nap
Szakvizsga/szakképesítés kiállítója	
Nyelvvizsga ³	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	

² Több szakvizsga esetén, kérjük a felvételi kérelmi pótlapot kitölteni szíveskedjék!

³ Több nyelvvizsga esetén, kérjük a felvételi kérelmi pótlapot kitölteni szíveskedjék!

í í í í í í í í í í í í í í í í .
szignó

Munkavégzésre vonatkozó adatok	
Munkahely neve ⁴	
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	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házsám, emelet, ajtó)
Számlázási (vállalkozási)adószám	

⁴ Kérjük, hogy az Ön által f... munkahelyként tekintett adatokat adja meg!
Több munkahely esetén kérjük, a felvételi kérelmi pótlapot kitölteni szíveskedjék!

Tagdíjfizetésre vonatkozó adatok, nyilatkozatok

tagdíjfizetés módja	<input type="checkbox"/> átutalással havi egyenl részletekben, a tárgyhó 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

Nyilatkozatok

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

jelen kérelem illetékes területi szervezethez beérkezésének napjával vagy

_____ év _____ hó _____ napi hatállyal.

A tagsági jogviszonynak a kérelem beérkezését megelőző időpontban történő helyreállítására nincs jogi lehetőség!

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

- tagdíjfizetési kötelezettségem jelen kérelem benyújtását követő hónap első napjától áll fenn,
- amennyiben általam meghatározott későbbi időpontban kértem tagsági jogviszonyom helyreállítását, úgy a jelen kérelem beérkezését követően a kérelemben megjelölt időpontot követő hónap első napjától áll fenn tagdíjfizetési kötelezettségem,
- hozzájárulok, hogy az általam szolgáltatott adatokat a MOK, a mindenkor hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően kezelje, az adatok feldolgozására a külön jogszabály szerint adataim feldolgozóját bízom meg; a tagsági kártyám legyártásához szükséges adataimat adataim átadását csak gyártási céllal adataim gyártójának átadhatom.

í í í í í í í í í í í í í í í í í í í .
szignó

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

Általános orvoscént abba a megyei vagy f városi illetékesség területi szervezetbe, melynek szünetel tagja.⁵

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.

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

igen nem

Kérem, hogy részemre a Magyar Fogorvos folyóirat ingyenesen megküldésre kerüljön!

(Csak fogorvos jelentkez esetén)

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 kötelez en el írt eseteken túl, postai küldemény formájában tartsa a kapcsolatot. A kamara minél több információt, a tagok szakmai munkáját segít hírt, ismeretet, tájékoztató anyagot szeretne Önnel közölni.

igen nem

Alulírott, a következ 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 életmin ségével, anyagi jólétével, el menetelével kapcsolatos szolgáltatásaival, javaslataival megkereshessen.

igen nem

Jelen tagfelvételi kérelem aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben a képmásomról készített fényképet a MOK részére jelen tagfelvételi kérelemmel együtt megküldöm, ezen magatartásommal kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a MOK a képmásomat, mint személyes adatomat, kizárólag a tagnyilvántartás céljából, az Ekt. 16. § (3) bek. miatt és a tagsági igazolvánnyal történ jobb beazonosítás érdekében kezelheti. Kérem, hogy tagsági igazolványom a tagfelvételi kérelmemhez csatolt fényképfelvétellel kerüljön legyártásra. Kijelentem, hogy a csatolt fényképfelvétel engem ábrázol!

igen nem

⁵ a területi szervezetek listáját és elérhet ségét a www.mok.hu honlapon találja meg

Amennyiben az űgyenő-t jelölte meg, kérjük, hogy tagsági kártyája legyártása érdekében **kettő darab igazolványképet mellékeljen!** Amennyiben a űnemő-t jelölte meg, úgy tagsági igazolványa fénykép nélkül kerül legyártásra, mely az Ön tagsági jogviszonyból származó jogait és kötelezettségeit nem érinti!

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 í í í í

aláírás

p.h.

í í í í í í í í í í í í í í í í í í í .

szignó