|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Személyes adatok[[1]](#footnote-1)** | | |
| **Nyilvántartási szám** |  | |
| **Egészségügyi tevékenység során használt név** |  | |
| Születési név |  | |
| Személyi igazolványban szereplő név |  | |
| Születési dátum | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap | |
| Születési hely |  | |
| Anyja neve |  | |
| Neme | férfi  / nő | |
| 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 |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Végzettségre vonatkozó adatok** | |
| Diploma kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Diploma száma |  |
| Diplomát kiállító intézmény neve |  |
| Diploma típusa | általános orvosi ⬜ *vagy* fogorvosi ⬜ *vagy* nem orvosi ⬜ |
| Diploma kiállítója | magyarországi oktatási intézmény ⬜  külföldön szerzett oklevelet honosították ⬜  külföldön szerzett oklevelet egyenértékűvé nyilv. ⬜  külföldön szerzett szakképesítést elismerték ⬜ |
| Szakvizsgával/szakképesítéssel rendelkezem[[2]](#footnote-2) | igen ⬜ nem ⬜ |
| Szakvizsga/szakképesítés megnevezése |  |
| Szakvizsga/szakképesítés száma |  |
| Szakvizsga/szakképesítés kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Szakvizsga/szakképesítés kiállítója |  |
| Nyelvvizsga[[3]](#footnote-3) | nyelv: |
| Nyelvvizsga fokozata, típusa |  |
| Nyelvvizsga kiállítója, kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Egyéb diplomával rendelkezem | igen ⬜ nem ⬜ |
| Egyéb diploma típusa |  |
| Egyéb diploma kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Egyéb diploma száma |  |
| Egyéb diploma kiállítója |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkavégzésre vonatkozó adatok** | |
| Munkahely neve[[4]](#footnote-4) |  |
| Munkahely címe |  |
| Munkahelyi telefonszám |  |
| Beosztás, munkakör |  |
| Osztály |  |
| Belépés dátuma | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Nyugdíjas igazolvánnyal rendelkezem | igen  nem |
| Nyugdíjazás kezdete | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Nyugdíj melletti munkavégzés | igen  nem |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Számlázási adatok**  (csak akkor kérjük kitölteni, ha vállalkozása nevére kéri a tagdíjszámlát) | | |
| Számlázási (cég)név |  | |
| Számlázási cím | Irányítószám: | |
| Település: | |
| Cím:  (közterület, házszám, emelet, ajtó) |  |
| Számlázási (vállalkozási)adószám |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tagdíjfizetésre vonatkozó adatok, nyilatkozatok** | | |
| tagdíjfizetés módja | | ⬜ átutalással havi egyenlő részletekben, a tárgyhó 10. napjáig |
| ⬜ átutalással évi két egyenlő részletben, a tárgyév március 31-éig, illetve szeptember 30-áig |
| ⬜ átutalással évente egy összegben, a tárgyév március 31. napjáig |
| ⬜ munkáltatói bérlevonással havi egyenlő részletekben |
| ⬜ | a tagdíj 50%-át kívánom fizetni, mert CSED-en, GYES-en, GYED-en vagy GYET-en vagyok | |
| ⬜ | teljes tagdíjmentességet kérek, mert elmúltam 70 éves | |

|  |
| --- |
| **Nyilatkozatok** |

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

⬜ jelen kérelem illetékes területi szervezethez beérkezésének napjával *vagy*

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

A tagsági jogviszonynak a kérelem beérkeztét 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 – jelen kérelem beérkeztét 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 – külön jogszabály szerint – adatfeldolgozót bízzon meg; a tagsági kártyám legyártásához szükséges adataimat – csak gyártási céllal – átadhassa az igazolvány gyártójának.

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 szünetelő tagja.[[5]](#footnote-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 jelentkező 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 kötelezően előírt eseteken túl, postai küldemény formájában tartsa a kapcsolatot. A kamara minél több információt, a tagok szakmai munkáját segítő hírt, ismeretet, 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 és üzleti partnere, felhasználhassa arra, hogy a MOK tagjai és közvetlen családtagjai részére szóló, a kamarai tagság életminőségével, anyagi jólétével, előmenetelével 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 történő jobb beazonosítás érdekében kezelheti.

Kérem, hogy tagsági igazolványom a tagfelvételi kérelmemhez csatolt fényképfelvételemmel kerüljön legyártásra. Kijelentem, hogy a csatolt fényképfelvétel engem ábrázol!

⬜ igen ⬜ nem

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

Kelt: ………………………………………..

…………………………………………………

aláírás

p.h.

1. Kérjük, a táblázatban szereplő minden adatot szíveskedjék megadni! [↑](#footnote-ref-1)
2. Több szakvizsga esetén, kérjük a felvételi kérelmi pótlapot kitölteni szíveskedjék! [↑](#footnote-ref-2)
3. Több nyelvvizsga esetén, kérjük a felvételi kérelmi pótlapot kitölteni szíveskedjék! [↑](#footnote-ref-3)
4. Kérjük, hogy az Ön által fő munkahelyként tekintett adatokat adja meg!

   Több munkahely esetén kérjük, a felvételi kérelmi pótlapot kitölteni szíveskedjék! [↑](#footnote-ref-4)
5. a területi szervezetek listáját és elérhetőségét a

   www.mok.hu honlapon találja meg [↑](#footnote-ref-5)