

TAGFELVÉTELI KÉRELEM
Magyar Orvosi Kamara

Személyes adatok¹	
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"/> / nő <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 szereplő 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 nyilván. <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 pótlapot kitölteni szíveskedjék!

³ Több nyelvvizsga esetén, kérjük a pótlapot kitölteni szíveskedjék!

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 pótlapot kitölteni szíveskedjék!

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

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 jelentkező az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (Ekt.) 16. § alapján felvételemet kérem a Magyar Orvosi Kamara (továbbiakban MOK) alábbi területi szervezetébe:

- általános orvoscént** abba a megyei vagy f városi illetékesség területi szervezetbe, melynek területén:
- orvosi tevékenységet folytatok, vagy folytatni kívánok; ennek hiányában
 - ahol korábban orvosi tevékenységet folytattam, vagy ahol lakóhelyem van,
 - amennyiben több területi szervezet illetékességi területén is folytattam, folytatok vagy kívánok folytatni, úgy a választásom szerinti területi szervezetbe.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
- Els alkalommal** kérem felvételemet, ezért kérelmem illetékmentes!
- Nem els alkalommal** kérem felvételemet, ezért **3.000,- Ft** illetéket kell a törvény alapján fizetnem:
- **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 jelentkező nevét, nyilvántartási (pecsét)számát és lakcímét. **Az átutalási megbízás egy másolati példányát a kérelemhez csatolni kell!** Erre a számlára

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

csak és kizárólag eljárási illetéket lehet utalni! Külföldről indított utalás esetén (is) az utalás valamennyi költségét az ügyfélnek kell viselnie!

Alulírott jelentkező büntető jogi felelősségem tudatában, jelen kérelem aláírásával, **kijelentem**:

- a felvételi kérelmen megadott adatok mindegyike megfelel a valóságnak,
- hozzájárulok, hogy az általam szolgáltatott adatokat a MOK, a mindenkor hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően kezelje, az adatok feldolgozására ön külön jogszabály szerint ön adatfeldolgozót bízson meg és a tagsági kártyám legyártásához szükséges adataimat ön csak gyártási céllal ön átadhassa az igazolvány gyártójának,
- a MOK Alapszabályában foglaltakat magamra nézve kötelezőnek ismerem el,
- a MOK Alapszabályában és Tagdíjszabályzatában meghatározott módon a kamarai tagdíjat megfizetem,
- az illetékes nyilvántartó hatóság által vezetett alapnyilvántartásban szerepelek,
- nem állok a cselekvőképességemet korlátozó vagy kizáró gondnokság alatt,
- nem állok a kamarai tagságom alapjául szolgáló foglalkozástól eltiltó jogerős ítélet hatálya alatt,
- nem állok egy évet meghaladó végrehajtandó szabadságvesztésre ítéelés miatt, a büntetett elölélethez fűződő hátrányos jogkövetkezmények hatálya alatt,
- nem állok jogerős kizárás etikai büntetés hatálya alatt,
- nem folytatok olyan tevékenységet, amit jogszabály vagy a kamara etikai normái egészségügyi tevékenységemmel összeférhetetlennek minősítenek.

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 elírt eseteken túl, postai küldemény formájában tartsa a kapcsolatot. A kamara minél több információt, a tagok szakmai munkáját segítő hírt, ismereteket, tájékoztató anyagot szeretne Önnek 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, életmenetével kapcsolatos szolgáltatásaival, javaslataival megkereshessen.

igen nem

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

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 fényképfelvétellel kerüljön legyártásra. Kijelentem, hogy a csatolt fényképfelvétel engem ábrázol!

igen nem

Amennyiben az űsigenő-t jelölte meg, kérjük, hogy tagsági kártyája legyártása érdekében **kettő darab igazolványképet mellékeljen!** Amennyiben a űsnemő-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

aláírás

p.h.

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