Alulírott kamarai tag kijelentem, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek, vállalom, hogy az esetleges változásokat, annak bekövetkeztétől 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 ⬜ / 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 |  | |
| 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 | igen ⬜ nem ⬜ |
| 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 ⬜ nem ⬜ |
| Egyéb diploma típusa |  |
| Egyéb diploma kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Egyéb diploma száma |  |
| Egyéb diploma kiállítója |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkavégzésre vonatkozó adatok** | |
| Munkahely neve |  |
| 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 |  |
| 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, GYET-en vagy GYOD-on vagyok | |
| ⬜ | pályakezdő vagyok (50%-os kedvezmény), mert a diplomám megszerzése óta kevesebb, mint 6 év telt el | |
| ⬜ | 65. életévemet betöltöttem és nem végzek semmilyen – jogviszony vagy időtartam keretében – jövedelemszerző egészségügyi tevékenységet, ezért a mindenkori tagdíj 10%-át fizetem | |
| ⬜ | bejelentem, hogy tagdíjkedvezményem (CSED/GYES/GYED/GYET/GYOD) megszűnt | |
| ⬜ | bejelentem, hogy a mindenkori tagdíj 10%-ra vonatkozó tagdíjkedvezményem megszűnt, mert jövedelemszerző egészségügyi tevékenységet végzek | |
| ⬜ | teljes tagdíjmentességet kérek, mert elmúltam 80 éves | |

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 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, 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, előmenetelével kapcsolatos szolgáltatásaival, javaslataival megkereshessen.

⬜ igen ⬜ nem

Kelt: ………………………………………..

…………………………………………………

aláírás

p.h.