**Kérelem**

**Tagsági Igazolvány Pótlására**

**Magyar Orvosi Kamara**

Alulírott:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Személyes adatok** | | |
| Nyilvántartási szám |  | |
| Egészségügyi tevékenység során használt név |  | |
| Születési dátum | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap | |
| Születési hely |  | |
| Anyja neve |  | |
| 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 |  | |

az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (Ekt.) 16. § (3) bekezdés alapján kérem a Magyar Orvosi Kamara Országos Hivatalát, hogy tagsági igazolványomat pótolni szíveskedjék.

Kérjük, hogy a kinyomtatott, valamennyi oldalon aláírt kérelem egy példányát, postai úton – az Ön érdekében igazolhatóan ajánlott/tértivevényes küldeményként – küldje meg a MOK Országos Hivatalába, a 1390 Budapest 62., Pf.: 175. postacímre. Egyúttal kérjük, hogy a birtokában lévő megrongálódott, sérült tagsági igazolványt is küldje vissza!

Jelen kérelem aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben a képmásomról készített fényképet a MOK részére jelen 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 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 egy darab igazolványképet mellékeljen! Amennyiben a „nem”-t jelölte meg vagy nem nyilatkozott, úgy tagsági igazolványa fénykép nélkül kerül legyártásra, mely az Ön tagsági jogviszonyból származó jogait és kötelezettségeit nem érinti!

*Kérjük, hogy a pontosabb és hatékonyabb kamarai szolgáltatások tervezése érdekében az alábbi kérdésekre is válaszoljon:*

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

„Igen” válasz esetén hozzájárulok, hogy nevemet és postai címemet a folyóirat küldése céljából a MOK kezelje és ehhez a tevékenységhez adatfeldolgozót vegyen igénybe.

igen  nem

A hozzájárulás bármikor a [terjesztes@mok.hu](mailto:terjesztes@mok.hu) e-mail címen, postai úton a MOK levelezési címén 1068 Budapest, Szondi utca 100. vagy telefonon a +36 1 269-4391/100 mellék számon visszavonható.

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

*(Csak fogorvos jelentkező esetén)*

„Igen” válasz esetén hozzájárulok, hogy nevemet és postai címemet a folyóirat küldése céljából a MOK FTESZ kezelje és ehhez a tevékenységhez adatfeldolgozót vegyen igénybe.

igen  nem

A hozzájárulás bármikor az [ugyfelszolgalat@fogorvos.hu](mailto:ugyfelszolgalat@fogorvos.hu) e-mail címen, postai úton a MOK FTESZ levelezési címén 1068 Budapest, Szondi utca 100. vagy telefonon a +36 1 353 2188 számon visszavonható.

Kérem, hogy a MOK vagy területi szervezetem részemre, az általam megadott e-mail címre elektronikus hírlevelet (rendszeres vagy rendkívüli) küldjön! A Kamara minél több információt, a tagok szakmai munkáját segítő hírt, ismeretet, tájékoztató anyagot szeretne Önnel közölni. A hírlevelek marketing és reklám anyagokat is tartalmazhatnak.

igen  nem

A hozzájárulás bármikor a MOK illetékes Területi Szervezeténél visszavonható.[[1]](#footnote-1)

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

A hozzájárulás bármikor a MOK illetékes Területi Szervezeténél visszavonható

Kelt: ………………………………………..

…………………………………………………

aláírás

p.h.

1. A MOK Területi Szervezetek listáját a [www.mok.hu](http://www.mok.hu) oldalon találja. [↑](#footnote-ref-1)