



MAGYAR ORVOSI KAMARA

Budapesti Területi Szervezete

1075 Budapest, Wesselényi utca 6. I/2.

Levélcím: 1243 Budapest, Pf.: 607

Telefon, Fax: 06-1-344-4833, 06-1-344-4928

E-mail: bok@bpok.hu

Adatkérő lap

Név:	
Nyilvántartási szám: /pecsétszám/	

I. Személyes adatok

1. Állandó lakcím (lakcímkártya szerint):	
2. Levelezését (értesítését) hová kéri: <input type="checkbox"/> 1. fenti lakcímre 2. egyéb levelezési címre:.....	
3. Telefon:	4. Mobiltelefon:
5. Email cím:	6. Adóazonosító:
7. Nyugdíjas törzsszám:	

II. Munkahelyi adatok

<u>I. Munkahely</u>	Főmunkahely :	Mellékállás:
Intézmény neve:		
Szervezeti egység ahol a munkavégzés történik: (kh-i osztály, szakrendelés, háziorvosi rendelő....stb.)		
Munkavégzés helyének címe:		
Beosztás:	Munkahelyi telefon:	
Ezen a munkahelyen történő munkavégzés kezdete:		

<u>2. Munkahely</u>	Főmunkahely :	Mellékállás:
Intézmény neve:		
Szervezeti egység ahol a munkavégzés történik: (kh-i osztály, szakrendelés, háziiorvosi rendelő....stb.)		
Munkavégzés helyének címe:		
Beosztás:	Munkahelyi telefon:	
Ezen a munkahelyen történő munkavégzés kezdete:		

III. Tagdíjkategória adatai

Tagdíjkategória kezdete:
<input type="checkbox"/> (0%) 70. életévét betöltötte
<input type="checkbox"/> (50%) GYES-en, GYED-en vagy GYET-en (főállású, legalább 3 kiskorú gyermeces anya) vannak

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fent közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem továbbá, hogy

kedvezmény-kategóriára való jogosultságomat okirattal vagyok köteles igazolni*

amennyiben felvett adataimban változások történnek, azokat 30 napon belül köteles vagyok az illetékes területi kamaránál bejelenteni.

Kelt:

P.H.

aláírás

*** okiratok: a gyermek születési anyakönyvi kivonatának másolata
MÁK határozat másolata**