

**TAGFELVÉTELI KÉRELEM**  
**Magyar Orvosi Kamara**

| <b>Személyes adatok<sup>1</sup></b>         |  |
|---|--|
| 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<br>(lakcímkártya szerint)            | Irányítószám:  |
|   | Település:   |
|   | Cím:<br>(közterület, házszám,<br>emelet, ajtó)               |
| Magyarországi postázási cím                 | Irányítószám:  |
|   | Település:   |
|   | Cím:<br>(közterület, házszám,<br>emelet, ajtó)               |
| E-mail cím                                  |  |
| Mobil/Telefonszám                           |  |

<sup>1</sup> Kérjük, a táblázatban szereplő minden adatot szíveskedjék megadni!

í í í í í í í í í í .  
szignó

| <b>Végzettségre vonatkozó adatok</b>                    |  |
|---|--|
| 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"/><br>külföldön szerzett oklevelet honosították <input type="checkbox"/><br>külföldön szerzett oklevelet egyenérték vé nyilván. <input type="checkbox"/><br>külföldön szerzett szakképesítést elismerték <input type="checkbox"/> |
| Szakvizsgával/szakképesítéssel rendelkezem <sup>2</sup> | igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>   |
| Szakvizsga/szakképesítés megnevezése                    |  |
| Szakvizsga/szakképesítés száma                          |  |
| Szakvizsga/szakképesítés kelte                          | __ __ __ __ év __ __ hó __ __ nap  |
| Szakvizsga/szakképesítés kiállítója                     |  |
| Nyelvvizsga <sup>3</sup>                                | 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                                |  |

<sup>2</sup> Több szakvizsga esetén, kérjük a pótlapot kitölteni szíveskedjék!

<sup>3</sup> Több nyelvvizsga esetén, kérjük a pótlapot kitölteni szíveskedjék!

| <b>Munkavégzésre vonatkozó adatok</b> |  |
|---------------------------------------|--|
| Munkahely neve <sup>4</sup>           |  |
| 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"/> |

| <b>Számlázási adatok</b>   |   |
|--|---|
| (csak akkor kérjük kitölteni, ha vállalkozása nevére kéri a tagdíjszámlát) |   |
| Számlázási (cég)név  |   |
| Számlázási cím   | Irányítószám:                                 |
|  | Település:                                    |
|  | Cím:<br>(közterület, házsám,<br>emelet, ajtó) |
| Számlázási<br>(vállalkozási)adószám  |   |

<sup>4</sup> 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 jelentkez az egészségügyben m kód 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.<sup>5</sup>
- 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 jelentkez nevét, nyilvántartási (pecsét)számát és lakcímét. **Az átutalási megbízás egy másolati példányát a kérelemhez csatolni kell!** Erre a számlára

<sup>5</sup> a területi szervezetek listáját és elérhet ségét a [www.mok.hu](http://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