

ADATFRISSÍTÉSI PÓTLAP

Magyar Orvosi Kamara Budapesti Területi Szervezete

Nyilvántartási szám*	
Egészségügyi tevékenység során használt név*	

Munkavégzésre vonatkozó adatok	
MEGSZÚNT Munkahely neve*	
Munkahely címe*	
Munkahelyi telefonszám ¹	
Beosztás, munkakör ²	
Osztály ³	
Kilépés dátuma*	____ év ____ hó ____ nap

Munkavégzésre vonatkozó adatok	
Új munkahely neve*	
Munkahely címe*	
Munkahelyi telefonszám*	
Beosztás, munkakör*	
Osztály*	
Belépés dátuma*	____ év ____ hó ____ nap

Kelt:

Ph.

aláírás

¹ Megadása nem kötelező.

² Megadása nem kötelező.

³ Megadása nem kötelező.