

Iratküldés / Hiánypótlás

A Magyar Orvosi Kamara Budapesti Területi Szervezeténél folyamatban lévő eljárásához

1/2

Az ügy tárgya		Az ügy száma	
<input type="checkbox"/>	Tagfelvételi eljárás		
<input type="checkbox"/>	Tagsági viszony megszüntetése tagdíjhátralék miatt		
<input type="checkbox"/>	Tagsági viszony megszüntetése saját kérésre		
<input type="checkbox"/>	Tagsági viszony szüneteltetése saját kérésre		
<input type="checkbox"/>	Tagsági viszony helyreállítás szünetelő tag részéről		
<input type="checkbox"/>	Tagsági díjkezdvezmény igénylés		
<input type="checkbox"/>	Kamarai Tag elhalálozásának bejelentése		

Beküldő adatai ¹	
Nyilvántartási szám*(orvosi bélyegző szám) ²	
Név*	
Születési név*	
Személyi igazolványban szereplő név*	
Születési dátum*	_____ év ____ hó ____ nap
Születési hely*	
Anyja neve*	
Lakcím ^{3*} (lakcímkártya szerint)	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)
Magyarországi postázási cím ⁴	Irányítószám:

¹ A csillaggal jelölt mezők kitöltése kötelező!

² A nyilvántartási szám megadása az ügyben eljáró orvos esetében kötelező

³ Kitöltése abban az esetben kötelező, ha beadványát nem Ügyfélkapun keresztül nyújtja be

⁴ Kitöltése abban az esetben kötelező, ha beadványát nem Ügyfélkapun keresztül nyújtja be

.....
szignó

	Település:	
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)	

A beküldő jogi képviselővel jár el	
<input type="checkbox"/>	nem
<input type="checkbox"/>	igen

Jogi képviselő adatai	
Ügyvédi Iroda neve	
Ügyvédi Iroda címe	
Eljáró jogi képviselő neve	
Eljáró jogi képviselő címe	
Elérhetősége e-mail/telefonszám	
Igazolványszám	

M e g j e g y z é s

Kelt:

.....
aláírás