

**Kérelem**  
**Tagsági Igazolás kiállítása iránt**  
**Magyar Orvosi Kamara Budapesti Területi Szervezete (MOK BTSZ)**

Alulírott:

Személyes adatok <sup>1</sup>	
Nyilvántartási szám*	
Egészségügyi tevékenység során használt név*	
Születési név*	
Személyi igazolványban szereplő név*	
Születési dátum*	__ __ __ __ év __ __ hó __ __ nap
Születési hely*	
Anyja neve*	
Lakcím* (lakcímkártya szerint)	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)
Magyarországi postázási cím*	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)
E-mail cím <sup>2</sup>	
Mobil/Telefonszám <sup>3</sup>	

Kérem, hogy részemre tagsági igazolást kiállítani szíveskedjenek.

<sup>1</sup> A csillaggal jelölt mezők kitöltése kötelező!

<sup>2</sup> Megadása nem kötelező. Az e-mailen keresztül történő kommunikáció olcsó, gyors és környezetbarát eszköz. Reklám és marketing célra nem használjuk. **A tagsági igazolást, tagdíj egyenlegközlőt, számla adatok és adóigazolást, valamint továbbképzéssel kapcsolatos tájékoztatót és szakmai-szakmapolitikai tájékoztatót is ezen a csatornán küldjük, ha megadja e-mail címét.** Bármikor kérheti ezen adatának törlését.

<sup>3</sup> Megadása nem kötelező. A telefonon történő kommunikáció olcsó gyors és környezetbarát eszköz. Reklám és marketing célra nem használjuk. Bármikor kérheti ezen adatának törlését.

.....  
szignó

Az igazolást az alábbi célból kérem kiállítani	
<input type="checkbox"/>	hivatali ügyintézés céljából (Népegészségügyi Osztály, ÁEEK, banki ügyintézéshez, pályázathoz)
<input type="checkbox"/>	MOK tagoknak járó kedvezmény igénybevétele céljából
<input type="checkbox"/>	rendelő szakképző helyé minősítése céljából
<input type="checkbox"/>	balesetből eredő MOK tagok csoportos élet- és balesetbiztosításához igényérvényesítés benyújtása céljából

Az igazolást az alábbi módon kérem megküldeni	
<input type="checkbox"/>	Ügyfélkapumra (E-papír)
<input type="checkbox"/>	Regisztrált e-mail címemre
<input type="checkbox"/>	Levelezési címemre

## KÜLFÖLDÖN TÖRTÉNŐ FELHASZNÁLÁSHOZ IGAZOLÁST AZ OKFŐ ÁLLÍT KI.

*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 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.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> A MOK Területi Szervezetek listáját a [www.mok.hu](http://www.mok.hu) oldalon találja.

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.<sup>5</sup>

Kelt: .....

.....  
aláírás

p.h.

---

<sup>5</sup> A MOK Területi Szervezetek listáját a [www.mok.hu](http://www.mok.hu) oldalon találja.