

Magyar Orvosi Kamara Budapesti Területi Szervezete (MOK BTSZ)

NYILATKOZAT

CSED, GYES, GYED, GYET, GYOD jogviszony alapján igénybe vehető tagsági díj kedvezmény igénybevételéhez

Személyes adatok ¹	
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* (lakcímkártya szerint)	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)
Magyarországi postázási cím*	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)
E-mail cím ²	
Mobil/Telefonszám ³	

¹ A csillaggal jelölt mezők kitöltése kötelező!

² 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.

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

Gyermek(ek) születési ideje: 1.) _____ év _____ hó _____ nap

2.) _____ év _____ hó _____ nap

3.) _____ év _____ hó _____ nap

CSED / GYES / GYED / GYET / GYOD kategória rögzítésének igénylése: _____ év _____ hó
_____ nap -ig

(megfelelőt kérjük megjelölni)

- igen a tagdíj **50%-át kívánom fizetni mert CSED/GYES/GYED/GYET/GYOD-on vagyok**⁴
- egészségügyi tevékenységet nem folytatok**⁵
- GYES/GYED/GYET/GYOD mellett teljes munkaidőben egészségügyi tevékenységet folytatok**⁶
- GYES/GYED/GYET/GYOD mellett részmunkaidőben egészségügyi tevékenységet folytatok**⁷

GYES/GYED melletti munkavégzésre vonatkozó adatok	
Munkahely neve* ⁸	
Munkahely címe*	
Munkahelyi telefonszám ⁹	
Beosztás, munkakör ¹⁰	
Osztály ¹¹	
Belépés dátuma	_____ év _____ hó _____ nap

⁴ MINDEN ESETBEN a jogosultságot igazoló dokumentum másolatát (a gyermek születési anyakönyvi kivonatának és a MÁK határozatának másolata) szíveskedjék a nyilatkozat mellé csatolni.

⁵ Megadása nem kötelező. Ezen adatra, kizárólag az Ön, önkéntes adatszolgáltatása alapján, statisztikai célból, valamint a Kamara érdekvédelmi feladatainak ellátásához, szakminisztériumokkal, szakmai szervezetekkel történő tárgyalások során van szükségünk.

⁶ Megadása nem kötelező. Ezen adatra, kizárólag az Ön, önkéntes adatszolgáltatása alapján, statisztikai célból, valamint a Kamara érdekvédelmi feladatainak ellátásához, szakminisztériumokkal, szakmai szervezetekkel történő tárgyalások során van szükségünk.

⁷ Megadása nem kötelező. Ezen adatra, kizárólag az Ön, önkéntes adatszolgáltatása alapján, statisztikai célból, valamint a Kamara érdekvédelmi feladatainak ellátásához, szakminisztériumokkal, szakmai szervezetekkel történő tárgyalások során van szükségünk.

⁸ Kérjük, hogy az Ön által fő munkahelyként tekintett adatokat adja meg!

Több munkahely esetén kérjük, a pótlapot kitölteni szíveskedjék!

⁹ Megadása nem kötelező.

¹⁰ Megadása nem kötelező.

¹¹ Megadása nem kötelező.

a tagdíjkezdvezmény további igénybevételére ____ év ____ hó ____ napjától nem vagyok jogosult.

Munkavégzésre vonatkozó adatok	
Munkahely neve* ¹²	
Munkahely címe*	
Munkahelyi telefonszám ¹³	
Beosztás, munkakör ¹⁴	
Osztály ¹⁵	
Belépés dátuma	____ év ____ hó ____ nap

Megjegyzés:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¹² Kérjük, hogy az Ön által fő munkahelyként tekintett adatokat adja meg!

Több munkahely esetén kérjük, a pótlapot kitölteni szíveskedjék!

¹³ Megadása nem kötelező.

¹⁴ Megadása nem kötelező.

¹⁵ Megadása nem kötelező.

Nyilatkozatok

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 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 BTSZ-nél visszavonható.

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 BTSZ-nél visszavonható.

Kelt:

P.h.

aláírás