

MAGYAR ORVOSI KAMARA
PÓTLAP TAGFELVÉTELI KÉRELEMHEZ



Alulírott:

Nyilvántartási szám *	
Egészségügyi tevékenység során használt név *	
Születési név *	
Születési hely, dátum *	_____ ____ év ____ hó ____ nap;
Anyja születési neve *	

jelentkező az egészségügyben működő szakmai kamaráról szóló 2006. évi XCVII. törvény (Ekt.) 16. § alapján benyújtott tagfelvételi kérelmemet az alábbi adatokkal egészítem ki:

Végzettségre vonatkozó adatok	
Diploma típusa (egészségügyi végzettség)	☐ általános orvosi diploma ☐ fogorvosi diploma ☐ nem orvosi diploma
Diploma megnevezése	
Diploma megszerzés helye	
Oklevélszám	
Diploma megszerzés ideje	____ év ____ hó ____ nap
Diploma minősége	☐ magyar oktatási intézmény által kiállított oklevél ☐ külföldön szerzett oklevelet honosították ☐ külföldön szerzett oklevelet egyenértékűvé nyilvánították ☐ külföldön szerzett oklevelet elismerték
Diploma típusa/megnevezése (nem egészségügyi végzettség)	
Diploma megszerzés helye (nem egészségügyi végzettség)	
Szakképesítés megnevezése	
Szakképesítés bizonyítványszáma	
Szakképesítés megszerzésének helye	
Szakképesítés megszerzésének ideje	



Munkavégzésre vonatkozó adatok	
Fő munkahely / Munkáltató ¹	
Osztály / rendelő ²	
Ellátási forma	☐ alapellátás ☐ járóbeteg ellátás ☐ fekvőbeteg ellátás ☐ oktatás/kutatás ☐ kormánytisztviselői feladatkör ☐ egyéb
Munkavégzés helye (ha nem egyezik meg a munkáltatóval) ³	
Fő munkahely / Munkáltató	
Osztály / rendelő	
Ellátási forma	☐ alapellátás ☐ járóbeteg ellátás ☐ fekvőbeteg ellátás ☐ oktatás/kutatás ☐ kormánytisztviselői feladatkör ☐ egyéb
Munkavégzés helye (ha nem egyezik meg a munkáltatóval)	
Fő munkahely / Munkáltató	
Osztály / rendelő	
Ellátási forma	☐ alapellátás ☐ járóbeteg ellátás ☐ fekvőbeteg ellátás ☐ oktatás/kutatás ☐ kormánytisztviselői feladatkör ☐ egyéb
Munkavégzés helye (ha nem egyezik meg a munkáltatóval)	
Fő munkahely / Munkáltató	
Osztály / rendelő	
Ellátási forma	☐ alapellátás ☐ járóbeteg ellátás ☐ fekvőbeteg ellátás ☐ oktatás/kutatás ☐ kormánytisztviselői feladatkör ☐ egyéb
Munkavégzés helye (ha nem egyezik meg a munkáltatóval)	

1 Kérjük, hogy az Ön által fő munkahelyként tekintett adatokat adja meg! Több munkahely esetén a pótlapot kérjük kitölteni!
 2 Megadása nem kötelező. Kérjük az osztály/rendelő teljes nevét írja ki, nagybetű és rövidítés használata nélkül (pl.: belgyógyászati osztály).
 3 Munkavégzés helyeként kérem adja meg az intézmény nevét és címét. Otthoni vagy egyéb székhelyű távmunka esetén (pl.: távleletozés, telemedicinális ellátás) kérem az alábbi szöveget írja be: „távmunka”. További információ nem szükséges.