

Adategyeztető Lap
Magyar Orvosi Kamara

1

Alulírott kamarai tag kijelentem, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek, vállalom, hogy az esetleges változásokat, annak bekövetkeztétől számított 15 napon belül, területi szervezetemnek bejelentem!

Személyes adatok	
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	
Telefonszám	

.....
szignó

Adategyeztető Lap
Magyar Orvosi Kamara

2

Végzettségre vonatkozó adatok	
Diploma kelte	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap
Diploma száma	
Diplomát kiállító intézmény neve	
Diploma típusa	általános orvosi <input type="checkbox"/> vagy fogorvosi <input type="checkbox"/> vagy nem orvosi <input type="checkbox"/>
Diploma kiállítója	magyarországi oktatási intézmény <input type="checkbox"/> külföldön szerzett oklevelet honosították <input type="checkbox"/> külföldön szerzett oklevelet egyenértékűvé nyilv. <input type="checkbox"/> külföldön szerzett szakképesítést elismerték <input type="checkbox"/>
Szakvizsgával/szakképesítéssel rendelkezem	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Szakvizsga/szakképesítés megnevezése	
Szakvizsga/szakképesítés száma	
Szakvizsga/szakképesítés kelte	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap
Szakvizsga/szakképesítés kiállítója	
Nyelvvizsga	nyelv:
Nyelvvizsga fokozata, típusa	
Nyelvvizsga kiállítója, kelte	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap
Egyéb diplomával rendelkezem	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Egyéb diploma típusa	
Egyéb diploma kelte	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap
Egyéb diploma száma	
Egyéb diploma kiállítója	

.....
szignó

Adategyeztető Lap
Magyar Orvosi Kamara

3

Munkavégzésre vonatkozó adatok	
Munkahely neve	
Munkahely címe	
Munkahelyi telefonszám	
Beosztás, munkakör	
Osztály	
Belépés dátuma	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap
Nyugdíjas igazolvánnyal rendelkezem	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Nyugdíjazás kezdete	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap
Nyugdíj melletti munkavégzés	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>

Számlázási adatok	
(csak akkor kérjük kitölteni, ha vállalkozása nevére kéri a tagdíjszámlát)	
Számlázási (cég)név	
Számlázási cím	
Számlázási (vállalkozási)adószám	

Tagdíjfizetésre vonatkozó adatok, nyilatkozatok	
tagdíjfizetés módja	<input type="checkbox"/> átutalással havi egyenlő részletekben, a tárgy hó 10. napjáig <input type="checkbox"/> átutalással évi két egyenlő részletben, a tárgyév március 31-éig, illetve szeptember 30-áig <input type="checkbox"/> átutalással évente egy összegben, a tárgyév március 31. napjáig <input type="checkbox"/> munkáltatói bérlevonással havi egyenlő részletekben
<input type="checkbox"/>	a tagdíj 50%-át kívánom fizetni, mert CSED-en, GYES-en, GYED-en vagy GYET-en vagyok
<input type="checkbox"/>	teljes tagdíjmentességet kérek, mert elmúltam 70 éves

.....
szignó

Adategyeztető Lap Magyar Orvosi Kamara

4

Kérem, hogy részemre az Orvosok Lapja folyóirat ingyenesen megküldésre kerüljön!

igen nem

Kérem, hogy a MOK vagy területi szervezetem részemre, az általam megadott e-mail címre elektronikus hírlevelet (rendszeres vagy rendkívüli) küldjön! Az internet a kamarai kapcsolattartás hatékony, gyors és olcsó eszköze. A szolgáltató kamara nem szívesen költené tagjai, így az Ön tagdíját sem arra, hogy a törvényben kötelezően előírt eseteken túl, postai küldemény formájában tartsa a kapcsolatot. A kamara minél több információt, a tagok szakmai munkáját segítő hírt, ismeretet, tájékoztató anyagot szeretne Önnel közölni.

igen nem

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

Kelt:

.....
aláírás
p.h.

.....
szignó