**Kérelem**

**Kamarai Tagság Megszüntetése**

**Magyar Orvosi Kamara**

Alulírott:

|  |  |
| --- | --- |
| **Személyes adatok** | |
| Egészségügyi tevékenység során használt név |  |
| Születési név |  |
| Személyi igazolványban szereplő név |  |
| Születési hely és idő |  |
| Anyja neve |  |
| Nyilvántartási szám |  |
| Lakcím  (lakcímkártya szerint) |  |
| Magyarországi postázási cím |  |

az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (Ekt.) 19/B.§ (1) bekezdés b) pontja alapján kérem a Magyar Orvosi Kamarával fennálló tagsági jogviszonyom megszüntetését

⬜ jelen kérelem illetékes területi szervezethez beérkezésének napjával *vagy*

⬜ \_\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_\_\_\_ napi hatállyal.

A tagsági jogviszony visszamenőleges hatályú megszüntetésére nincs jogi lehetőség!

Jelen kérelem aláírásával, **tudomásul veszem, hogy:**

* tagdíjfizetési kötelezettségem jelen kérelem benyújtása hónapjának utolsó napjáig áll fenn,
* amennyiben általam meghatározott későbbi időpontban kértem tagsági jogviszonyom megszüntetését, úgy – jelen kérelem beérkeztét követően – a kérelemben megjelölt időpont hónapjának utolsó napjáig áll fenn tagdíjfizetési kötelezettségem,
* tagsági kártyámat – jelen kérelemmel együtt – területi szervezetem részére visszaküldöm.

Kérjük, hogy a kinyomtatott, valamennyi oldalon aláírt kérelem egy példányát, postai úton – az Ön érdekében igazolhatóan ajánlott/tértivevényes küldeményként – küldje meg területi szervezete címére.

Általános orvosként abba a megyei vagy fővárosi illetékességű területi szervezetbe, melynek tagja.[[1]](#footnote-1)

Fogorvosként a MOK Fogorvosok Területi Szervezetébe, cím: 1068 Budapest, Szondi utca 100., telefon: 06/1/353-2188.

Nem orvosi diplomásként a MOK Diplomások Területi Szervezetébe, cím: 1063 Budapest, Szív utca 54., telefon: 06/1/308-8628.

Tájékoztatjuk, hogy a hatályos jogszabályok értelmében Magyarországon egészségügyi tevékenységet az folytathat, aki az illetékes szakmai kamara tagja.

Kelt: ………………………………………..

…………………………………………………

aláírás

p.h.

1. a területi szervezetek listáját és elérhetőségét a

   www.mok.hu honlapon találja meg [↑](#footnote-ref-1)