

Kérelem
Tagsági jogviszony helyreállítása
szünetelő tag részéről
Magyar Orvosi Kamara

Alulírott:

| 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 | |

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

jelen kérelem illetékes területi szervezethez beérkezésének napjával vagy

.....
szignó

_____ év _____ hó _____ napi hatállyal.

A tagsági jogviszonynak a kérelem beérkezését megelőző időpontban történő helyreállítására nincs jogi lehetőség!

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

- tagdíjfizetési kötelezettségem jelen kérelem benyújtását követő hónap első napjától áll fenn,
- amennyiben általam meghatározott későbbi időpontban kértem tagsági jogviszonyom helyreállítását, úgy – jelen kérelem beérkezését követően – a kérelemben megjelölt időpontot követő hónap első napjától áll fenn tagdíjfizetési kötelezettségem,
- hozzájárulok, hogy az általam szolgáltatott adatokat a MOK, a mindenkor hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően kezelje, az adatok feldolgozására – külön jogszabály szerint – adatfeldolgozót bízson meg; a tagsági kártyám legyártásához szükséges adataimat – csak gyártási céllal – átadhassa az igazolvány gyártójának.

A tagsági jogviszony kérelemre történő helyreállítása iránti eljárás illetékmentes!

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 szünetelő tagja.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.

¹ a területi szervezetek listáját és elérhetőségét a www.mok.hu honlapon találja meg

.....
szignó

Tagsági jogviszonya helyreállítása érdekében kérjük az alábbi adatok megadását:

| 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 nyilván. <input type="checkbox"/> külföldön szerzett szakképesítést elismerték <input type="checkbox"/> |
| Szakvizsgával/szakképesítéssel rendelkezem ² | igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> |
| Szakvizsga/szakképesítés megnevezése | |
| Szakvizsga/szakképesítés száma | |
| Szakvizsga/szakképesítés kelte | ___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap |
| Szakvizsga/szakképesítés kiállítója | |
| Nyelvvizsga ³ | 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 | |

² Több szakvizsga esetén, kérjük a felvételi kérelmi pótlapot kitölteni szíveskedjék!

³ Több nyelvvizsga esetén, kérjük a felvételi kérelmi pótlapot kitölteni szíveskedjék!

.....
szignó

| 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 GYES-en, GYED-en vagy GYET-en vagyok és részmunkaidőben jövedelemszerző tevékenységet folytatok |
| <input type="checkbox"/> | teljes tagdíjmentességet kérek, mert elmúltam 70 éves |

.....
szignó

Nyilatkozatok

Alulírott jelentkező az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (Ekt.) 16. § alapján felvételemet kérem a Magyar Orvosi Kamara (továbbiakban MOK) alábbi területi szervezetébe:

általános orvoscént abba a megyei vagy fővárosi illetékességű területi szervezetbe, melynek területén:

- orvosi tevékenységet folytatok, vagy folytatni kívánok; ennek hiányában
- ahol korábban orvosi tevékenységet folytattam, vagy ahol lakóhelyem van,
- amennyiben több területi szervezet illetékességi területén is folytattam, folytatok vagy kívánok folytatni, úgy a választásom szerinti területi szervezetbe.⁴

fogorvosként a MOK Fogorvosok Területi Szervezetébe (MOK FTESZ)

- 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

Első alkalommal kérem felvételemet, ezért kérelmem illetékmentes!

Nem első alkalommal kérem felvételemet, kérelmem illetékmentes!

Alulírott jelentkező büntetőjogi felelősségem tudatában, jelen kérelem aláírásával, **kijelentem:**

- a felvételi kérelmen megadott adatok mindegyike megfelel a valóságnak,
- hozzájárulok, hogy az általam szolgáltatott adatokat a MOK, a MOK illetékes Területi Szervezete a mindenkor hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően kezelje, az adatok feldolgozására – külön jogszabály szerint – adatfeldolgozót bízson meg és a tagsági kártyám legyártásához szükséges adataimat – csak gyártási céllal – átadhassa az igazolvány gyártójának,
- a MOK Alapszabályában foglaltakat magamra nézve kötelezőnek ismerem el,
- a MOK Alapszabályában és Tagdíjszabályzatában meghatározott módon a kamarai tagdíjat megfizetem,
- az illetékes nyilvántartó hatóság által vezetett alapnyilvántartásban szerepelek,
- nem állok a cselekvőképességemet korlátozó vagy kizáró gondnokság alatt,
- nem állok a kamarai tagságom alapjául szolgáló foglalkozástól eltöltő jogerős ítélet hatálya alatt,

⁴ A MOK Területi Szervezetek listáját a www.mok.hu oldalon találja.

- nem állok egy évet meghaladó végrehajtandó szabadságvesztésre ítélet miatt, a büntetett előlethez fűződő hátrányos jogkövetkezmények hatálya alatt,
- nem állok jogerős kizárás etikai büntetés hatálya alatt,
- nem folytatok olyan tevékenységet, amit jogszabály vagy a kamara etikai normái egészségügyi tevékenységemmel összeférhetetlennek minősítenek.

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 részemre a **Magyar Fogorvos** folyóirat ingyenesen megküldésre kerüljön!

(Csak fogorvos jelentkező esetén)

„Igen” válasz esetén hozzájárulok, hogy nevemet és postai címemet a folyóirat küldése céljából a MOK FTESZ kezelje és ehhez a tevékenységhez adatfeldolgozót vegyen igénybe.

igen nem

A hozzájárulás bármikor az ugyfelszolgalat@fogorvos.hu e-mail címen, postai úton a MOK FTESZ levelezési címén 1068 Budapest, Szondi utca 100. vagy telefonon a +36 1 353 2188 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 Önnek közölni. A hírlevelek marketing és reklám anyagokat is tartalmazhatnak.

igen nem

A hozzájárulás bármikor a MOK illetékes Területi Szervezeténél visszavonható.⁵

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.⁶

Jelen tagfelvételi kérelem aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben a képmásomról készített fényképet a MOK részére jelen tagfelvételi kérelemmel együtt megküldöm, ezen magatartásommal kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a MOK a képmásomat, mint

⁵ A MOK Területi Szervezetek listáját a www.mok.hu oldalon találja.

⁶ A MOK Területi Szervezetek listáját a www.mok.hu oldalon találja.

személyes adatomat, kizárólag a tagnyilvántartás céljából, az Ekt. 16. § (3) bek. miatt és a tagsági igazolvánnyal történő jobb beazonosítás érdekében kezelheti.

igen nem

Kérem, hogy tagsági igazolványom a tagfelvételi kérelmemhez csatolt fényképfelvétellel kerüljön legyártásra. Kijelentem, hogy a csatolt fényképfelvétel engem ábrázol!

igen nem

Amennyiben az „igen”-t jelölte meg, kérjük, hogy tagsági igazolványa legyártása érdekében **kettő darab igazolványképet mellékeljen!** Amennyiben a „nem”-t jelölte meg, úgy tagsági igazolványa fénykép nélkül kerül legyártásra, mely az Ön tagsági jogviszonyból származó jogait és kötelezettségeit nem érinti!

A beküldött fotók egy példányát az illetékes Területi Szervezet megküldi a MOK Országos Hivatal részére, ahol digitalizálják és bekerül a MOK Tagnyilvántartásába a személyi adatai közé. Ebből a nyilvántartásból történik a MOK tagsági igazolvány gyártása. Tájékoztatjuk, hogy tagsági igazolványa postai úton kerül megküldésre az Ön által megadott címre. A tagsági igazolvány postázását követően a papír alapú igazolványkép megsemmisítésre kerül. A fotó másodpéldánya az illetékes Területi Szervezet által kezelt papír alapú személyi dokumentációba kerül, melyet a tagsági viszonya megszűnését követő 5. év végéig kezeljük. A fotó törlését illetve megsemmisítését a tagsági viszonya fennállása alatt az illetékes Területi Szervezetnél kérheti.⁷

Kelt:

.....

aláírás

p.h.

ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ

⁷ A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosok Területi Szervezete Adatvédelmi Tájékoztatóját a www.kamara.fogorvos.hu elérhetőségen találja.

.....
szignó

Az Ön adatainak kezelője a MOK (1068 Budapest, Szondi utca 100.) telefon +36 1 269 4391 és a MOK illetékes területi szervezete, (a területi szervezetek elérhetőségeit megtalálja a mok.hu oldalon, illetve tájékoztatást kérhet a +36 1 269 4391 telefonszámon).

Ez egy rövidített adatkezelési tájékoztató, amely a tagfelvételi eljárás során történő adatkezelésről ad tájékoztatást. A teljes tájékoztatót megtalálja a www.mok.hu oldalon.

Mi jogosítja fel a Magyar Orvosi Kamarát, az illetékes Területi Szervezetét az adatok kezelésére Tagfelvételi eljárás során?

Az adatkezeléshez a felhatalmazást az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. XCVII. törvény (Ekt.) valamint az Ön hozzájárulása adja.

Milyen adatokat kezelünk a Tagfelvételi eljárás során?

A jelen nyomtatvány kitöltésekor az Ön által megadott adatokat az Ekt. 19./A §-a alapján kezeljük. Ezek nagy részben megegyeznek a „működési nyilvántartás”-ban szereplő adatokkal, kiegészülve az Ön által önkéntesen megadott adatokkal.

Milyen célból kezeljük az adatokat?

Abból a célból, hogy Önt felvehessük a tagjaink közé. Az e-mail címét és a telefonszámát a gyors, olcsó és környezetbarát kommunikáció céljából kezeljük. **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.** A munkahelyre vonatkozó adatokat jogszabályi felhatalmazás – Ekt. 19. § - , választókerületi besorolás, valamint esetleges kommunikáció és statisztikai célból kezeljük.

Meddig kezeljük az adatokat?

Tagsági jogviszonyának megszűnését követő 5. év végéig kezeljük.

Veszünk-e igénybe adatfeldolgozót?

A Tagfelvétel során nem veszünk igénybe adatfeldolgozót.

Kik ismerhetik meg az adatokat a Tagfelvétel során?

Az Ön adatait a MOK Országos Hivatala és illetékes Területi Szervezete tagfelvételi eljárásban részt vevő dolgozói, tisztségviselői és az adatvédelmi tisztviselő ismerhetik meg.

Milyen jogai vannak az adataival kapcsolatban?

Az Ön által szolgáltatott adatok kezeléséhez a hozzájárulását bármikor visszavonhatja. Ennek korlátját jelenti az Ön tagsági jogviszonya, illetve a törvény felhatalmazása alapján kezelt adatai. Ugyanezen szabály vonatkozik az adatok törlésére is. A tagsági jogviszony meglétéhez szükséges adatokhoz való hozzájárulását nem vonhatja vissza.

Ön tájékoztatást kérhet, az Önről tárolt adatokról. Az adat helyesbítését (módosítását) kérheti. Önnek jogában áll az adatkezelés korlátozását kérni, valamint tiltakozni az adatkezelés ellen. Önnek joga van az Önről tárolt és az Ön által szolgáltatott adatokat géppel olvasható formátumban kikérni.

.....
szignó

.....
szignó