

Kérelem
Tagsági Igazolvány Pótlására
Magyar Orvosi Kamara

Alulírott:

Személyes adatok	
Nyilvántartási szám	
Egészségügyi tevékenység során használt név	
Születési dátum	____ _ év ____ hó ____ nap
Születési hely	
Anyja neve	
Adóazonosító jel	_____
Lakcím (lakcímkártya szerint)	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, hászám, emelet, ajtó)
Magyarországi postázási cím	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, hászám, emelet, ajtó)
E-mail cím	
Telefonszám	

az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (Ekt.) 16. § (3) bekezdés alapján kérem a Magyar Orvosi Kamara Országos Hivatalát, hogy tagsági igazolványomat pótolni szíveskedjék.

Kérjük, hogy a kinyomtatott, valamennyi oldalon aláírt kérelem egy példányát, postai úton ó az Ön érdekében igazolhatóan ajánlott/tértivevényes küldeményként ó küldje meg a MOK Országos Hivatalába, a 1390 Budapest 62., Pf.: 175. postacímre. Egyúttal kérjük, hogy a birtokában lévő megrongálódott, sérült tagsági igazolványt is küldje vissza!

í í í í í í í í í í .
szignó

Jelen kérelem aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben a képmásomról készített fényképet a MOK részére jelen kérelemmel együtt megküldöm, ezen magatartásommal kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a MOK a képmásomat, mint személyes adatomat, kizárólag a tagnyilvántartás céljából, az Ekt. 16. § (3) bek. miatt és a tagsági igazolvánnyal történő jobb beazonosítás érdekében kezelheti.

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

igen nem

Amennyiben az űzigenő-t jelölte meg, kérjük, hogy tagsági kártyája legyártása érdekében egy darab igazolványképet mellékeljen! Amennyiben a űsznemő-t jelölte meg vagy nem nyilatkozott, úgy tagsági igazolványa fénykép nélkül kerül legyártásra, mely az Ön tagsági jogviszonyból származó jogait és kötelezettségeit nem érinti!

Kérjük, hogy a pontosabb és hatékonyabb kamarai szolgáltatások tervezése érdekében az alábbi kérdésekre is válaszoljon:

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

Űzigenő 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 jelentkezés esetén)

Űzigenő 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, ismereteket, tájékoztató anyagot szeretne Önnek közölni. A hírlevelek marketing és reklám anyagokat is tartalmazhatnak.

igen nem

A hozzájárulás bármikor a MOK illetékes Területi Szervezeténél visszavonható.¹

¹ A MOK Területi Szervezetek listáját a www.mok.hu oldalon találja.

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 életmin ségével, anyagi jólétével, el menetelével kapcsolatos szolgáltatásaival, javaslataival megkereshessen.

igen nem

A hozzájárulás bármikor a MOK illetékes Területi Szervezeténél visszavonható

Kelt: í í í í í í í í í í í í í í í í ..

í í í í í í í í í í í í í í í í í í í
aláírás

p.h.

í í í í í í í í í í í .
szignó