

Kérelem
Tagsági Viszony Helyreállítása
Szünetelő Tag részéről
Magyar Orvosi Kamara

1/7

Személyes adatok ¹	
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, házsám, emelet, ajtó)
Magyarországi postázási cím*	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házsám, emelet, ajtó)
E-mail cím ²	
Mobil/Telefonszám ³	

¹ A csillaggal jelölt mezők kitöltése kötelező!

² Megadása nem feltétele a tagfelvételnek. Az e-mailen keresztül történő kommunikáció olcsó, gyors és környezetbarát eszköz. Reklám és marketing célra nem használjuk. **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.** Bármikor kérheti ezen adatának törlését.

³ Megadása nem feltétele a tagfelvételnek. A telefonon történő kommunikáció olcsó gyors és környezetbarát eszköz. Reklám és marketing célra nem használjuk. Bármikor kérheti ezen adatának törlését.

.....
szignó

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 ⁴	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Szakvizsga/szakképesítés megnevezése	
Szakvizsga/szakképesítés száma	
Szakvizsga/szakképesítés kelte	____ év ____ hó ____ nap
Szakvizsga/szakképesítés kiállítója	
Nyelvvizsga ⁵	nyelv:
Nyelvvizsga fokozata, típusa	
Nyelvvizsga kiállítója, kelte	____ év ____ hó ____ nap

⁴ Több szakvizsga esetén kérjük, a pótlapot kitölteni szíveskedjék!

⁵ Több nyelvvizsga esetén kérjük, a pótlapot kitölteni szíveskedjék!

.....
szignó

Munkavégzésre vonatkozó adatok	
Munkahely neve* ⁶	
Munkahely címe*	
Munkahelyi telefonszám ⁷	
Beosztás, munkakör ⁸	
Osztály ⁹	
Belépés dátuma	_____ év ____ hó ____ nap
Nyugdíjas igazolvánnyal rendelkezem ¹⁰	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	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házsám, emelet, ajtó)
Számlázási (vállalkozási)adószám	

⁶ Kérjük, hogy az Ön által fő munkahelyként tekintett adatokat adja meg!

Több munkahely esetén kérjük, a pótlapot kitölteni szíveskedjék!

⁷ Megadása nem kötelező.

⁸ Megadása nem kötelező.

⁹ Megadása nem kötelező.

¹⁰ Nyugdíjazására vonatkozó adatait kizárólag az Ön, önkéntes adatszolgáltatása alapján, statisztikai célból, valamint a Kamara érdekvédelmi feladatainak ellátásához, szakminisztériumokkal, szakmai szervezetekkel történő tárgyalások során van szükségünk.

.....
szignó

Tagdíjfizetésre vonatkozó adatok, nyilatkozatok

tagdíjfizetés módja		<input type="checkbox"/> átutalással havi egyenlő részletekben, a tárgy hó 10. napjáig
tagdíjfizetés módja		<input type="checkbox"/> átutalással évi két egyenlő részletben, a tárgyév március 31-éig, illetve szeptember 30-áig
tagdíjfizetés módja		<input type="checkbox"/> átutalással évente egy összegben, a tárgyév március 31. napjáig
tagdíjfizetés módja		<input type="checkbox"/> munkáltatói bérlevonással havi egyenlő részletekben
tagdíjkedvezmény ¹¹	<input type="checkbox"/>	a tagdíj 50%-át kívánom fizetni, mert GYES-en, GYED-en vagy GYET-en vagyok
	<input type="checkbox"/>	teljes tagdíjmentességet kérek, mert elmúltam 70 éves

Nyilatkozatok

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

jelen kérelem illetékes területi szervezethez beérkezésének napjával vagy

_____ 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 viszonyom 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 bízjon meg; a tagsági kártyám legyártásához szükséges adataimat – csak gyártási céllal – átadhassa az igazolvány gyártójának.

¹¹ GYES/GYED/GYET tagdíjkedvezmény igénybevétele esetén a jogosultságot igazoló dokumentum másolatát, szíveskedjék a kérelméhez csatolni

.....
szignó

A tagsági viszony kérelemre történő helyreállítása iránti elsőfokú eljárás az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény 28. § (1) bekezdése alapján 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 orvoscént abba a megyei vagy fővárosi illetékességű területi szervezetbe, melynek szünetelő tagja.¹²

Fogorvoscént a MOK Fogorvosok Területi Szervezetébe, cím: 1406 Budapest, Pf. 11., telefon: 06/1/353-2188.

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

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 1406 Budapest, Pf. 11. 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 Önnel közölni. A hírlevelek marketing és reklám anyagokat is tartalmazhatnak.

igen nem

A hozzájárulás bármikor a MOK illetékes Területi Szervezeténél visszavonható.¹³

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,

¹² a területi szervezetek listáját és elérhetőségét a

www.mok.hu honlapon találja meg

¹³ A MOK Területi Szervezetek listáját a www.mok.hu oldalon találja.

a kamarai tagság életminőségével, anyagi jólétével, előmenetelével kapcsolatos szolgáltatásaival, javaslataival megkereshessen.

igen nem

A hozzájárulás bármikor a MOK illetékes Területi Szervezeténél visszavonható.¹⁴

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 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 kártyája 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 kártya gyártása. 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.¹⁵

Kelt:

.....

aláírás

p.h.

ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ fogorvosok részére

Az Ön adatainak kezelője a MOK (1068 Budapest, Szondi utca 100.) telefon +36 1 269 4391 és a MOK Fogorvosok Területi Szervezete (1068 Budapest, Szondi utca 100.) telefon: +36 1 353 2188.

Ez egy rövidített adatkezelési tájékoztató, amely a tagfelvételi eljárás során történő adatkezelésről ad tájékoztatást. A teljes tájékoztatót megtalálja a www.kamara.fogorvos.hu oldalon vagy megtekintheti személyesen a székhelyünkön.

¹⁴ A MOK Területi Szervezetek listáját a www.mok.hu oldalon találja.

¹⁵ A MOK FTESZ Adatkezelési tájékoztatóját a www.kamara.fogorvos.hu oldalon találja

.....
szignó

Mi jogosítja fel a MOK Fogorvosok 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 kitöltésékor 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 Fogorvosok Területi Szervezete tagfelvételi eljárásban részt vevő dolgozói, tisztségviselői és az adatvédelmi tisztviselő ismerhetik meg.

Milyen jogai vannak az adataival kapcsolatban? (érintetti jogok)

Az Ön által szolgáltatott adatok kezeléséhez a hozzájárulását bármikor visszavonhatja. Ennek korlátját jelenti az Ön tagsági jogviszonya. 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