

# TAGFELVÉTELI KÉRELEM

## Magyar Orvosi Kamara

oldal 1 / 8

Személyes adatok <sup>1</sup>	
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 <sup>2</sup>	
Mobil/Telefonszám <sup>3</sup>	

<sup>1</sup> A csillaggal jelölt mezők kitöltése kötelező!

<sup>2</sup> Megadása nem feltétele a tagfelvételnek. Az e-mailen keresztül történő kommunikáció olcsó, gyors és környezetbarát eszköz. **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.

<sup>3</sup> 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

<b>Végzettségre vonatkozó adatok</b>	
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 <sup>4</sup>	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Szakvizsga/szakképesítés megnevezése	
Szakvizsga/szakképesítés száma	
Szakvizsga/szakképesítés kelte	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap
Szakvizsga/szakképesítés kiállítója	
Nyelvvizsga <sup>5</sup>	nyelv:
Nyelvvizsga fokozata, típusa	
Nyelvvizsga kiállítója, kelte	___ ___ ___ év ___ ___ hó ___ ___ nap

<sup>4</sup> Több szakvizsga esetén, kérjük a pótlapot kitölteni szíveskedjék!

<sup>5</sup> Több nyelvvizsga esetén, kérjük a pótlapot kitölteni szíveskedjék!

.....  
szignó

Egyéb diplomával rendelkezem <sup>6</sup>	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Egyéb diploma típusa	
Egyéb diploma kelte	_____ év ____ hó ____ nap
Egyéb diploma száma	
Egyéb diploma kiállítója	

<b>Munkavégzésre vonatkozó adatok</b>	
Munkahely neve* <sup>7</sup>	
Munkahely címe*	
Munkahelyi telefonszám <sup>8</sup>	
Beosztás, munkakör <sup>9</sup>	
Osztály <sup>10</sup>	
Belépés dátuma	_____ év ____ hó ____ nap
Nyugdíjas igazolvánnyal rendelkezem <sup>11</sup>	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>
Nyugdíjazás kezdete	_____ év ____ hó ____ nap
Nyugdíj melletti munkavégzés	igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>

<sup>6</sup> Megadása nem feltétele a tagfelvételnek. Egyéb ismeretei adatainak megadásával – amennyiben a jövőben szerepet vállalna a Kamara életében - segítségére lehet a MOK érdekvédelmi vagy közfeladatai ellátása során. Bármikor kérheti ezen adatának törlését.

<sup>7</sup> Kérjük, hogy az Ön által fő munkahelyként tekintett adatokat adja meg!

Több munkahely esetén kérjük, a pótlapot kitölteni szíveskedjék!

<sup>8</sup> Megadása nem kötelező.

<sup>9</sup> Megadása nem kötelező.

<sup>10</sup> Megadása nem kötelező.

<sup>11</sup> 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

<b>Számlázási adatok</b>	
(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	

<b>Tagdíjfizetésre vonatkozó adatok, nyilatkozatok</b>	
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
tagdíjkedvezmény <sup>12</sup>	<input type="checkbox"/> a tagdíj 50%-át kívánom fizetni, mert CSED-en, GYES-en, GYED-en vagy GYET-en vagyok
	<input type="checkbox"/> pályakezdő vagyok (50%-os kedvezmény), mert a diplomám megszerzése óta kevesebb, mint 6 év telt el
	<input type="checkbox"/> teljes tagdíjmentességet kérek, mert elmúltam 70 éves

<sup>12</sup> GYES/GYED/GYET tagdíjkedvezmény igénybevétele esetén a jogosultságot igazoló dokumentum másolatát, szíveskedjék a kérelméhez csatolni

.....  
szignó

## Nyilatkozatok

Alulírott jelentkező az egészségügyben működő szakmai kamaráról 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.<sup>13</sup>
- fogorvoscént** 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

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 eltiltó jogerős ítélet hatálya alatt,
- nem állok egy évet meghaladó végrehajtandó szabadságvesztésre ítéelés 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.

Tájékoztatjuk, hogy a tagfelvételi eljárásért, 2021. január 1. napjától, nem kell közigazgatási hatósági eljárási illetéke fizetni.

<sup>13</sup> A MOK Területi Szervezetek listáját a [www.mok.hu](http://www.mok.hu) oldalon találja.

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, a MOK Lapkiadó Kft. és a postai kézbesítést végző kezelje és ehhez a tevékenységhez adatfeldolgozót vegyen igénybe.

igen  nem

A hozzájárulás bármikor a [terjesztes@mok.hu](mailto: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](mailto: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 Önnel közölni. A hírlevelek marketing és reklám anyagokat is tartalmazhatnak.

igen  nem

A hozzájárulás bármikor a MOK illetékes Területi Szervezeténél visszavonható.<sup>14</sup>

Alulírott, a következő adatok vonatkozásában: név; telefonszám; e-mail cím; kifejezetten felhatalmazást adok, hogy MOK tagsági jogviszonyom tartama alatt, ezen adataimat a MOK és üzleti 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.<sup>15</sup>

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

<sup>14</sup> A MOK Területi Szervezetek listáját a [www.mok.hu](http://www.mok.hu) oldalon találja.

<sup>15</sup> A MOK Területi Szervezetek listáját a [www.mok.hu](http://www.mok.hu) oldalon találja.

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.<sup>16</sup>

Kelt: .....

.....

aláírás

p.h.

## ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ

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](http://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](http://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.

<sup>16</sup> A Magyar Orvosi Kamara Fogorvosok Területi Szervezete Adatvédelmi Tájékoztatóját a [www.kamara.fogorvos.hu](http://www.kamara.fogorvos.hu) elérhetőségen találja.

.....  
szignó

**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 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.