|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Személyes adatok[[1]](#footnote-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  / nő | |
| 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[[2]](#footnote-2) |  | |
| Mobil/Telefonszám[[3]](#footnote-3) |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Végzettségre vonatkozó adatok** | |
| Diploma kelte\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Diploma száma\* |  |
| Diplomát kiállító intézmény neve\* |  |
| Diploma típusa\* | általános orvosi ⬜ *vagy* fogorvosi ⬜ *vagy* nem orvosi ⬜ |
| Diploma kiállítója | magyarországi oktatási intézmény ⬜  külföldön szerzett oklevelet honosították ⬜  külföldön szerzett oklevelet egyenértékűvé nyilv. ⬜  külföldön szerzett szakképesítést elismerték ⬜ |
| Szakvizsgával/szakképesítéssel rendelkezem[[4]](#footnote-4) | igen ⬜ nem ⬜ |
| Szakvizsga/szakképesítés megnevezése |  |
| Szakvizsga/szakképesítés száma |  |
| Szakvizsga/szakképesítés kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Szakvizsga/szakképesítés kiállítója |  |
| Nyelvvizsga[[5]](#footnote-5) | nyelv: |
| Nyelvvizsga fokozata, típusa |  |
| Nyelvvizsga kiállítója, kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |

|  |  |
| --- | --- |
| Egyéb diplomával rendelkezem[[6]](#footnote-6) | igen ⬜ nem ⬜ |
| Egyéb diploma típusa |  |
| Egyéb diploma kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Egyéb diploma száma |  |
| Egyéb diploma kiállítója |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkavégzésre vonatkozó adatok** | |
| Munkahely neve\*[[7]](#footnote-7) |  |
| Munkahely címe\* |  |
| Munkahelyi telefonszám[[8]](#footnote-8) |  |
| Beosztás, munkakör[[9]](#footnote-9) |  |
| Osztály[[10]](#footnote-10) |  |
| Belépés dátuma | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Nyugdíjas igazolvánnyal rendelkezem[[11]](#footnote-11) | igen  nem |
| Nyugdíjazás kezdete | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Nyugdíj melletti munkavégzés | igen  nem |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Számlázási adatok**  (csak akkor kérjük kitölteni, ha vállalkozása nevére kéri a tagdíjszámlát) | | |
| Számlázási (cég)név |  | |
| Számlázási cím | Irányítószám: | |
| Település: | |
| Cím:  (közterület, házszám, emelet, ajtó) |  |
| Számlázási (vállalkozási)adószám |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tagdíjfizetésre vonatkozó adatok, nyilatkozatok** | | | |
| tagdíjfizetés módja | | | ⬜ átutalással havi egyenlő részletekben, a tárgyhó 10. napjáig |
| ⬜ átutalással évi két egyenlő részletben, a tárgyév március 31-éig, illetve szeptember 30-áig |
| ⬜ átutalással évente egy összegben, a tárgyév március 31. napjáig |
| ⬜ munkáltatói bérlevonással havi egyenlő részletekben |
| tagdíjkedvezmény[[12]](#footnote-12) | ⬜ | a tagdíj 50%-át kívánom fizetni, mert GYES-en, GYED-en vagy GYET-en vagyok | |
| ⬜ | a tagdíj 50%-át kívánom fizetni, mert pályakezdő vagyok  (az alapdiploma megszerzésének időpontjától számított hatodik év december 31. napjáig) | |
| tagdíjmentesség | ⬜ | teljes tagdíjmentességet kérek, mert elmúltam 70 éves | |

|  |
| --- |
| **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 orvosként** 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.[[13]](#footnote-13)

**fogorvosként** a MOK Fogorvosok Területi Szervezetébe (MOK FTESZ)

* 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

**Első alkalommal** kérem felvételemet, ezért kérelmem illetékmentes!

**Nem első alkalommal** kérem felvételemet, a kérelmem az elsőfokú eljárás során, az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény 28. § (1) bekezdése alapján 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 bízzon 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 ítélés miatt, a büntetett előélethez 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](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.

* Tájékoztatjuk a Tisztelt Kollégákat, hogy **folyóirat minden lapszáma pdf. formátumban a** [www.kamara.fogorvos.hu](http://www.kamara.fogorvos.hu) **honlapunkon évekre visszamenően is folyamatosan elérhető.**

Alulírott ezúton nyilatkozom, hogy a **Magyar Fogorvos** c. folyóirat **NYOMTATOTT PÉLDÁNYÁNAK POSTAI ÚTON történő megküldését kérem.**

*(Csak fogorvos tag 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 online a

<https://www.kamara.fogorvos.hu/index.php?module=nyilatkozat&tsid=1> oldalon,

az [ugyfelszolgalat@fogorvos.hu](mailto: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 FTESZnél visszavonható.

* 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 FTESZnél visszavonható.[[14]](#footnote-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 fényképfelvételemmel kerüljön legyártásra. Kijelentem, hogy a csatolt fényképfelvétel engem ábrázol!

⬜ igen ⬜ nem

Amennyiben az „igen”-t jelölte meg, kérjük, hogy tagsági kártyája legyártása érdekében **egy 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.

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](http://www.kamara.fogorvos.hu) oldalon vagy megtekintheti személyesen a székhelyünkön.

**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 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 Fogorvosok Területi Szervezete tagfelvételi eljárásban részt vevő dolgozói, tisztségviselői és az adatvédelmi tisztviselő ismerhetik meg.

[**Milyen jogai vannak az adataival kapcsolatban? (érintetti jogok)**](https://posta.hu/adatkezelesi_tajekoztato)

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.

1. A csillaggal jelölt mezők kitöltése kötelező! [↑](#footnote-ref-1)
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. [↑](#footnote-ref-2)
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. [↑](#footnote-ref-3)
4. Több szakvizsga esetén kérjük, a pótlapot kitölteni szíveskedjék! [↑](#footnote-ref-4)
5. Több nyelvvizsga esetén kérjük, a pótlapot kitölteni szíveskedjék! [↑](#footnote-ref-5)
6. 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. [↑](#footnote-ref-6)
7. Kérjük, hogy az Ön által fő munkahelyként tekintett adatokat adja meg!

   Több munkahely esetén kérjük, a pótlapot kitölteni szíveskedjék! [↑](#footnote-ref-7)
8. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-8)
9. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-9)
10. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-10)
11. 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. [↑](#footnote-ref-11)
12. GYES/GYED/GYET tagdíjkedvezmény igénybevétele esetén

    a jogosultságot igazoló dokumentum másolatát, szíveskedjék a kérelméhez csatolni [↑](#footnote-ref-12)
13. A MOK Területi Szervezetek listáját a [www.mok.hu](http://www.mok.hu) oldalon találja. [↑](#footnote-ref-13)
14. A MOK FTESZ Adatvédelmi tájékoztatója a [www.kamara.fogorvos.hu](http://www.kamara.fogorvos.hu) oldalon elérhető [↑](#footnote-ref-14)