

**Magyar Orvosi Kamara Fogorvosok Területi Szervezete**  
**VÁLTOZÁSBEJELENTŐ ADATLAP**

<b>Személyes adatok</b>	
Nyilvántartási szám	
Egészségügyi tevékenység során használt név	
Születési név	
Személyi igazolványban szereplő név	
Születési dátum	
Születési hely	
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	
Mobil/Telefonszám	

<b>Munkavégzésre vonatkozó adatok</b>	
<b>MEGSZŰNT</b> Munkahely neve	
Munkahely címe	
Beosztás, munkakör	
Osztály	
kilépés dátuma	év                      hó                      nap

<b>Munkavégzésre vonatkozó adatok</b>	
<b>ÚJ</b>	
<b>Munkahely neve</b>	
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"/>
Egészségügyi tevékenység végzésének heti óraszám	óra/hét

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

igen  nem

Kérem, hogy részemre a Magyar Fogorvos folyóirat ingyenesen megküldésre kerüljön!

igen  nem

Kérem, hogy a MOK vagy területi szervezetem részemre, az általam megadott e-mail címre elektronikus hírlevelet (rendszeres vagy rendkívüli) küldjön! (Az internet a kamarai kapcsolattartás hatékony, gyors és olcsó eszköze. A szolgáltató kamara nem szívesen költené tagjai, így az Ön tagdíját sem arra, hogy a törvényben kötelezően előírt eseteken túl, postai küldemény formájában tartsa a kapcsolatot. A kamara minél több információt, a tagok szakmai munkáját segítő hírt, ismeretet, tájékoztató anyagot szeretne Önnel közölni.)

igen  nem

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

Kelt: .....

.....  
aláírás

**Visszaküldés helye: MOK Fogorvosok Területi Szervezete**  
1068 Budapest, Szondi u. 100.  
Tel: +36 1-353 21 88, Fax: +36 1-269 1876  
e-mail cím: [ugyfelszolgalat@fogorvos.hu](mailto:ugyfelszolgalat@fogorvos.hu)