

**Magyar Orvosi Kamara Fogorvosok Területi Szervezete
Tag átsorolási kérelem másik területi szervezetbe**

Alulírott,

Személyes adatok	
Nyilvántartási szám	
Egészségügyi tevékenység során használt név	
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	
Telefonszám	
Munkavégzésre vonatkozó adatok	
Munkahely neve	
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"/>

.....
szignó

az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (Ekt.) 16§ alapján kérem a Magyar Orvosi Kamara illetékes területi szervezetéhez történő átsorolásomat az alábbiak szerint:

- orvosi tevékenységet folytatok, vagy folytatni kívánok szakképesítem szerint; 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

(választott területi szervezet neve, a területi szervezetek listáját és elérhetőségét a www.mok.hu oldalon találja)

Kelt:

.....
aláírás

p.h.

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