**Kérelem**

**Tagsági Igazolás kiállítása iránt**

**Magyar Orvosi Kamara Fogorvosok Területi Szervezete (MOK FTESZ)**

Alulírott:

|  |
| --- |
|  **Személyes adatok[[1]](#footnote-1)** |
| **Orvosi nyilvántartási szám\*** |  |
| **Egészségügyi tevékenység során használt név\*** |  |
| Születési név\* |  |
| Személyi igazolványban szereplő név\* |  |
| Születési dátum\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Születési hely\* |  |
| Anyja neve\* |  |
| 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) |  |

Kérem, hogy részemre tagsági igazolást kiállítani szíveskedjenek.

|  |
| --- |
|  **Az igazolást az alábbi célból kérem kiállítani** |
|[ ]  hivatali ügyintézés céljából (Népegészségügyi Osztály, ÁEEK, banki ügyintézéshez, pályázathoz) |
|[ ]  MOK tagoknak járó kedvezmény igénybevétele céljából |
|[ ]  rendelő szakképző hellyé minősítése céljából |
|[ ]  balesetből eredő MOK tagok csoportos élet- és balesetbiztosításához igényérvényesítés benyújtása céljából |
|[ ]  egyéb célból |

|  |
| --- |
|  **Az igazolást az alábbi módon kérem megküldeni** |
|[ ]  Regisztrált e-mail címemre |
|[ ]  Levelezési címemre |
|[ ]  Mindkét elérhetőségemre |

*Kérjük, hogy a pontosabb és hatékonyabb kamarai szolgáltatások tervezése érdekében az alábbi kérdésekre is válaszoljon:*

* 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.

* Tájékoztatjuk a Tisztelt Kollégákat, hogy a **Magyar Fogorvos** c. **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.**

„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 [www.kamara.fogorvos.hu](https://www.kamara.fogorvos.hu/index.php?module=nyilatkozat&tsid=1) honlapon található Magyar Fogorvos Nyilatkozat menüpontban, vagy az ugyfelszolgalat@fogorvos.hu e-mail címen, postai úton a MOK FTESZ levelezési címén 1398 Budapest 62, Pf.: 581. 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.[[4]](#footnote-4)

Kelt: ………………………………………..

…………………………………………………

aláírás

p.h.

**Visszaküldés helye: MOK Fogorvososok Területi Szervezete**

**Postacím: 1398 Budapest 62, Pf.: 581**

**e-mail cím:** **ugyfelszolgalat@fogorvos.hu**

**Elektronikusan, ügyfélkapu útján:**

Rövidített név: MOKFTESZ, KRID szám: 617710918

(segítséget a [www.kamara.fogorvos.hu](http://www.kamara.fogorvos.hu) honlapon elérhető e-ügyintézés menüpontban talál)

1. A csillaggal jelölt mezők kitöltése kötelező! [↑](#footnote-ref-1)
2. Megadása nem kötelező. 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 kötelező. A telefonon történő kommunikáció olcsó gyors és környezetbarát eszköz. Reklám és marketing célra nem használjuk. Bármikor kérheti ezen adatának törlését. [↑](#footnote-ref-3)
4. A MOK FTESZ Adatvédelmi tájékoztatója a [www.kamara.fogorvos.hu](http://www.kamara.fogorvos.hu) oldalon elérhető [↑](#footnote-ref-4)