**Magyar Orvosi Kamara Fogorvosok Területi Szervezete**

**ADATFRISSÍTÉSI ADATLAP**

|  |
| --- |
|  **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\* |  |
| 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) |  |

|  |
| --- |
| **Egyéb adatok** |
| Szakvizsgával/szakképesítéssel rendelkezem | igen [ ]  nem [ ]  |
| Szakvizsga/szakképesítés megnevezése |  |
| Szakvizsga/szakképesítés száma |  |
| Szakvizsga/szakképesítés kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Szakvizsga/szakképesítés kiállítója |  |
|  |  |
| Nyelvvizsga | nyelv:  |
| Nyelvvizsga fokozata, típusa |  |
| Nyelvvizsga kiállítója, kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
|  |  |
| Egyéb diplomával rendelkezem[[4]](#footnote-4) | igen ⬜ nem ⬜ |
| Egyéb diploma típusa |  |
| Egyéb diploma kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Egyéb diploma száma |  |
| Egyéb diploma kiállítója |  |

|  |
| --- |
| **Munkavégzésre vonatkozó adatok** |
| **MEGSZŰNTMunkahely neve**\*[[5]](#footnote-5) |  |
| Munkahely címe\* |  |
| Munkahelyi telefonszám[[6]](#footnote-6) |  |
| Beosztás, munkakör[[7]](#footnote-7) |  |
| Osztály[[8]](#footnote-8) |  |
| Kilépés dátuma\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |

|  |
| --- |
| **Munkavégzésre vonatkozó adatok** |
| **Új Munkahely neve\*[[9]](#footnote-9)** |  |
| Munkahely címe\* |  |
| Munkahelyi telefonszám[[10]](#footnote-10) |  |
| Beosztás, munkakör[[11]](#footnote-11) |  |
| Osztály[[12]](#footnote-12) |  |
| Belépés dátuma\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |
| Nyugdíjas igazolvánnyal rendelkezem[[13]](#footnote-13) | 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[[14]](#footnote-14) | ⬜ | a tagdíj 50%-át kívánom fizetni, mert GYES-en, GYED-en , GYET-en vagy GYOD-on vagyok |
| ⬜ | pályakezdő vagyok (50%-os kedvezmény), mert a diplomám megszerzése óta kevesebb, mint 6 év telt el |
| ⬜ | teljes tagdíjmentességet kérek, mert elmúltam 80 éves |
| ⬜ | a tagdíj 10%-át kívánom fizetni, mert 65. életévemet betöltöttem és egészségügyi tevékenységet nem végzek*Egyben nyilatkozom, hogy jelenleg egészségügyi tevékenységet nem végzek, korábban a MOK tagnyilvántartása részére bejelentett munkaviszonyaim, illetve foglalkoztatási jogviszonyaim megszűntek.* |

|  |
| --- |
| **Nyilatkozatok** |

* 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.[[15]](#footnote-15)

Kelt: ………………………………. …………………………….…………………….

aláírás

p.h.

**Visszaküldés helye: MOK Fogorvosok 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)

**PÓTLAP**

**Magyar Orvosi Kamara Fogorvosok Területi Szervezete**

**ADATFRISSÍTÉSI ADATLAP**

|  |  |
| --- | --- |
| Orvosi nyilvántartási szám |  |
| Egészségügyi tevékenység során használt név |  |

|  |
| --- |
| **Munkavégzésre vonatkozó adatok** |
| **MEGSZŰNTMunkahely neve**\* |  |
| Munkahely címe\* |  |
| Munkahelyi telefonszám[[16]](#footnote-16) |  |
| Beosztás, munkakör[[17]](#footnote-17) |  |
| Osztály[[18]](#footnote-18) |  |
| Kilépés dátuma\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |

|  |
| --- |
| **Munkavégzésre vonatkozó adatok** |
| **Új munkahely neve\*** |  |
| Munkahely címe\* |  |
| Munkahelyi telefonszám[[19]](#footnote-19) |  |
| Beosztás, munkakör[[20]](#footnote-20) |  |
| Osztály[[21]](#footnote-21) |  |
| Belépés dátuma\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_év \_\_ \_\_ hó \_\_ \_\_ nap |

Kelt: ………………………………………..

…………………………………………………

aláírás

p.h.

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. Megadása nem kötelező. 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-4)
5. Kérjük, hogy az Ön által fő munkahelyként tekintett adatokat adja meg!

Több munkahely esetén kérjük, a pótlapot kitölteni szíveskedjék! [↑](#footnote-ref-5)
6. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-6)
7. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-7)
8. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-8)
9. Kérjük, hogy az Ön által fő munkahelyként tekintett adatokat adja meg!

Több munkahely esetén kérjük, a pótlapot kitölteni szíveskedjék! [↑](#footnote-ref-9)
10. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-10)
11. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-11)
12. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-12)
13. 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-13)
14. GYES/GYED/GYET/GYOD tagdíjkedvezmény igénybevétele esetén a jogosultságot igazoló dokumentum másolatát, szíveskedjék a kérelméhez csatolni [↑](#footnote-ref-14)
15. A MOK FTESZ Adatvédelmi tájékoztatója a [www.kamara.fogorvos.hu](http://www.kamara.fogorvos.hu) oldalon elérhető [↑](#footnote-ref-15)
16. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-16)
17. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-17)
18. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-18)
19. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-19)
20. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-20)
21. Megadása nem kötelező. [↑](#footnote-ref-21)