MAGYAR ORVOSI KAMARA

ADATEGYEZTETŐ ÉS ADATVÁLTOZÁS- BEJELENTŐ LAP

Tisztelt Kolléga!

Az általános adatvédelmi rendelet (GDPR) pontosságra és adattakarékosságra vonatkozó alapelveinek, valamint az Ekt. (2006. évi XCVII. tv.) előírásainak megfelelően kérjük, ellenőrizze és szükség esetén frissítse kamarai nyilvántartásunkban szereplő adatait. Kérjük, hogy **csak a megváltozott adatokat**, illetve az újonnan megszerzett képesítéseket adja meg!

Azonosító adatok (Kötelezően kitöltendő)[1]		
Nyilvántartási szám *		
Nyilvántartási típus *	☐ orvos ☐ fogorvos ☐ klinikai végzettségű (nem orvosi) diplomás	
Vezetéknév, keresztnév *		
Születési vezetéknév, keresztnév *		
Elérhetőségek és lakcím (Kérjük, CSAK akkor töltse ki, ha változás történt!)		
Új e-mail cím * (a tagnyilvántartásba belépéshez)		
Új telefonszám *		
Új lakcím * (lakcímkártya szerint)	Irányítószám:	
	Település:	
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)	
Új magyarországi levelezési cím (amennyiben eltér a lakcímtől)	Irányítószám:	
	Település:	
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)	
Tartózkodási hely (lakcímkártya szerinti)	Irányítószám:	
	Település:	
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)	

[1] A tag tagnyilvántartó rendszerben történő azonosításához elengedhetetlenül szükségesek.

szignó

MAGYAR ORVOSI KAMARA

ADATEGYEZTETŐ ÉS ADATVÁLTOZÁS- BEJELENTŐ LAP

Végzettség, új szakképesítések **Figyelem:** Az Ön alapdiplomájának adatait a kamarai rendszer (MOKREG) már hiánytalanul tartalmazza, így az adattakarékosság elve alapján azokat **NEM** kérjük újra! Kérjük, kizárólag a legutóbbi adategyeztetés óta megszerzett új diplomáit, szakvizsgáit, szakképesítéseit tüntesse fel.	
Diploma típusa (egészségügyi végzettség) *	☐ általános orvosi diploma ☐ fogorvosi diploma ☐ nem orvosi diploma[2]
Diploma megnevezése *	
Diploma megszerzés helye *	
Oklevélszám *	
Diploma megszerzés ideje *	__ __ __ __év __ __ hó __ __ nap
Diploma minősége *	☐ magyar oktatási intézmény által kiállított oklevél ☐ külföldön szerzett oklevelet honosították ☐ külföldön szerzett oklevelet egyenértékűvé nyilvánították ☐ külföldön szerzett oklevelet elismerték

Diploma megnevezése (nem egészségügyi végzettség)	
Diploma megszerzés helye (nem egészségügyi végzettség)	

Új szakképesítés megnevezése	
Szakképesítés bizonyítvány száma	
Szakképesítés megszerzésének helye	
Szakképesítés megszerzésének ideje	

[2] Klinikai végzettségű (nem orvosi) diplomás jelentkező esetén amennyiben az alapdiploma nem egészségügyi területű, de a későbbi klinikai szakképesítés alapjául szolgál, kérem ugyanúgy az Egészségügyi végzettséget jelölje be úgy, hogy a diploma típusánál a„nem orvosi diploma”-t választja.

szignó

MAGYAR ORVOSI KAMARA

ADATEGYEZTETŐ ÉS ADATVÁLTOZÁS- BEJELENTŐ LAP

Egészségügyi tevékenységre vonatkozó nyilatkozat

☐ Igen, jelenleg folytatok egészségügyi tevékenységet.
☐ Jelenleg NEM folytatok egészségügyi tevékenységet.

Munkavégzésre vonatkozó változások*[3] **(Amennyiben az előző pontban IGEN-nel nyilatkozott, az alábbi *-gal jelölt mezők kitöltése KÖTELEZŐ a területi szervezetbe történő besorolás miatt. Ha NEM-mel nyilatkozott, a mezők kitöltése nem kötelező.)**	
Új fő munkahely* Munkáltató	
Munkavégzés helye (ha nem egyezik meg a munkáltatóval)*	
Munkavégzés kezdete:	__ __ __ __év __ __ hó __ __ nap
Osztály / rendelő[4]	
Ellátási forma	☐ alapellátás ☐ járóbeteg ellátás ☐ fekvőbeteg ellátás ☐ oktatás/kutatás ☐ kormánytisztviselői feladatkör ☐ egyéb

Nyugdíjas	☐ igen	☐ nem
Nyugdíjazás kezdete	__ __ __ __év __ __ hó __ __ nap	
Nyugdíj melletti munkavégzés	☐ igen	☐ nem

[3] Az Ekt. 16. § (1) bekezdése alapján az általános orvosokat az egészségügyi tevékenységük helye szerinti területi szervezetbe kell felvenni. Amennyiben a kérelmező nem folytat orvosi tevékenységet, a felvétel a lakóhelye szerinti területi szervezetbe történik.
[4] Megadása nem kötelező.
Kérjük az osztály/rendelő teljes nevét írja ki, nagybetű és rövidítés használata nélkül (pl.: belgyógyászati osztály).

szignó

MAGYAR ORVOSI KAMARA

ADATEGYEZTETŐ ÉS ADATVÁLTOZÁS- BEJELENTŐ LAP

Számlázási adatok (csak akkor kérjük kitölteni, ha vállalkozása nevére kéri a tagdíjszámlát)		
Számlázási (cég / egyéni vállalkozói) név		
Számlázási (vállalkozási) adószám	_ _ _ _ _ _ _ _ - _ - _ _	
Számlázási e-mail cím		
Számlázási cím	Irányítószám:	
	Település:	
	Cím: (közterület, házszám, emelet, ajtó)	

szignó

MAGYAR ORVOSI KAMARA

ADATEGYEZTETŐ ÉS ADATVÁLTOZÁS- BEJELENTŐ LAP

Rövid adatkezelési tájékoztató: Az adatkezelők a Magyar Orvosi Kamara (operatív feladatok tekintetében az Országos Hivatal) és az illetékes Területi Szervezetek (közös adatkezelés). Az adategyeztetés célja a tagnyilvántartási adatok naprakészen tartása és a jogszabályi kötelezettségek teljesítése. Az adatkezelés jogalapja: a GDPR 6. cikk (1) c) pontja (jogi kötelezettség teljesítése, az Ekt. 2006. évi XCVII. tv. alapján). A részletes Adatkezelési Tájékoztató és az Ön jogainak (hozzáférés, helyesbítés, törlés stb.) leírása elérhető a https://mok.hu/adatvedelem oldalon, vagy kérhető az adatvédelmi tisztviselőtől a dpo@mok.hu e-mail címen.

Területi szervezet, a kérelem benyújtásának módja és nyilatkozatok

A kérelem benyújtásának lehetséges csatornái:

1. **Elektronikus úton:** Ügyfélkapun keresztül **e-Papír** szolgáltatás segítségével az illetékes Területi Szervezet részére, KAÜ (DÁP vagy Ügyfélkapu+) azonosítást követően AVDH hitelesítéssel vagy minősített elektronikus aláírással ellátva vagy aláírva, bescannelve a mok@mok.hu e-mail címre.
2. **Postai úton:** Kinyomtatva, saját kezűleg aláírva, ajánlott/tértivevényes küldeményként a Területi Szervezet postacímére megküldve.
3. **Személyesen:** Az illetékes Területi Szervezet ügyfélfogadási idejében.

Illetékes területi szervezet megjelölése:

- Általános orvosként az illetékes Megyei/Fővárosi Területi Szervezetbe
- Fogorvosként a MOK Fogorvosok Területi Szervezetébe (1068 Budapest, Szondi u. 100.)
- Klinikai végzettségű (nem orvosi) diplomásként a MOK Diplomások Területi Szervezetébe (1063 Bp., Szondi u. 44/B)

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Kijelentem, hogy a fent hivatkozott Adatkezelési Tájékoztatót megismertem és tudomásul vettem.

Kelt:

aláírás
p.h.

(Elektronikus benyújtás esetén KAÜ/AVDH hitelesítéssel/e-aláírással ellátva)

szignó