MAGYAR ORVOSI KAMARA

PÓTLAP TAGFELVÉTELI KÉRELEMHEZ

Alulírott:...

Nyilvántartási szám *	
Egészségügyi tevékenység során használt név *	
Születési név *	
Születési hely, dátum *	__ __év __ __ hó __ __ nap;
Anyja születési neve *	

jelentkező az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (Ekt.) 16. § alapján benyújtott tagfelvételi kérelmemet az alábbi adatokkal egészítem ki:

Végzettségre vonatkozó adatok	
Diploma típusa (egészségügyi végzettség)	☐ általános orvosi diploma ☐ fogorvosi diploma ☐ nem orvosi diploma
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)	

szignó

MAGYAR ORVOSI KAMARA

PÓTLAP TAGFELVÉTELI KÉRELEMHEZ

Szakképesítésre vonatkozó adatok	
Szakképesítés megnevezése	
Szakképesítés bizonyítványszáma	
Szakképesítés megszerzésének helye	
Szakképesítés megszerzésének ideje	
Szakképesítés megnevezése	
Szakképesítés bizonyítványszáma	
Szakképesítés megszerzésének helye	
Szakképesítés megszerzésének ideje	
Szakképesítés megnevezése	
Szakképesítés bizonyítványszáma	
Szakképesítés megszerzésének helye	
Szakképesítés megszerzésének ideje	
Szakképesítés megnevezése	
Szakképesítés bizonyítványszáma	
Szakképesítés megszerzésének helye	
Szakképesítés megszerzésének ideje	

szignó

MAGYAR ORVOSI KAMARA

PÓTLAP TAGFELVÉTELI KÉRELEMHEZ

Munkavégzésre vonatkozó adatok	
Munkahely Munkáltató[1]	
Munkavégzés kezdete:	
Osztály / rendelő[2]	
Ellátási forma	☐ alapellátás ☐ járóbeteg ellátás ☐ fekvőbeteg ellátás ☐ oktatás/kutatás ☐ kormánytisztviselői feladatkör ☐ egyéb
Munkavégzés helye (ha nem egyezik meg a munkáltatóval)[3]	
Munkahely Munkáltató	
Munkavégzés kezdete:	
Osztály / rendelő	
Ellátási forma	☐ alapellátás ☐ járóbeteg ellátás ☐ fekvőbeteg ellátás ☐ oktatás/kutatás ☐ kormánytisztviselői feladatkör ☐ egyéb
Munkavégzés helye (ha nem egyezik meg a munkáltatóval)	
Munkahely Munkáltató	
Munkavégzés kezdete:	
Osztály / rendelő	
Ellátási forma	☐ alapellátás ☐ járóbeteg ellátás ☐ fekvőbeteg ellátás ☐ oktatás/kutatás ☐ kormánytisztviselői feladatkör ☐ egyéb
Munkavégzés helye (ha nem egyezik meg a munkáltatóval)	

[1] Kérjük, hogy a további munkahelyi adatokat egymás alatt adja meg!

[2] Megadása nem kötelező. Kérjük az osztály/rendelő teljes nevét írja ki, nagybetű és rövidítés használata nélkül (pl.: belgyógyászati osztály).

[3] Munkavégzés helyeként kérem adja meg az intézmény nevét és címét. Otthoni vagy egyéb székhelyű távmunka esetén (pl.: távleletezés, telemedicinális ellátás) kérem az alábbi szöveget írja be: „távmunka”. További információ nem szükséges.

szignó