

## **MOK VME Csoport Belépési Nyilatkozat**

Kijelentem, hogy a Magyar Orvosi Kamara Vállalkozók és Magánegészségügyben Dolgozók Csoportjának (VME) ügyrendjét ismerem, céljaival egyetértek, azt elfogadom. Jelen Nyilatkozat aláírásával kérem, hogy a Csoport rendes tagjainak sorába felvegyen

NÉV (kötelező):

anyja neve:

PECSÉTSZÁM (kötelező):

Lakcím:

TELEFONSZÁM (nem kötelező):

Email cím(kötelező):

Milyen jogállásban vesz részt az egészségügyi ellátásban? (nem kötelező)

Többet is választhat:

- a.) egészségügyi vállalkozás (Bt., Kft) tagja
- b.) egészségügyi ellátást nyújtó egyéni vállalkozó
- c.) alkalmazott magántulajdonú egészségügyi vállalkozásban
- d.) közellátásban dolgozik alkalmazottként, munkavállalóként

Melyik szektorban nyújt egészségügyi ellátást vállalkozóként (mindkét válasz is lehet):

- a.) magánegészségügy
- b.) állami finanszírozású közegészségügy

Szakterület

### **Beleegyző nyilatkozat**

Kifejezetten hozzájárulok, hogy a Magyar Orvosi Kamara Vállalkozók és Magánegészségügyben Dolgozók Csoportja (MOK VME) vezetője, mint adatkezelő a mellékelt adatkezelési tájékoztatóban foglaltak szerint, az abban megjelölt személyes adataimat, melyeket a MOK VME tagságra jelentkezve ezúton rendelkezésre bocsátok, kezelje.

Dátum:

.....  
NÉV, aláírás

Kérjük az aláírt, scannelt példány elküldését a [vmecsoport@mok.hu](mailto:vmecsoport@mok.hu) e-mail címre.