

NYILATKOZAT
CSED, GYES, GYED, GYET, GYOD jogviszony alapján igénybe vehető
tagdíj kedvezmény igénybevételéhez

A nyilatkozatot kérjük az illetékes területi szervezethez benyújtani szíveskedjék!¹

Személyes adatok ²	
Nyilvántartási szám*	
Egészségügyi tevékenység során használt név*	
Születési név*	
Személyi igazolványban szereplő név*	
Születési dátum*	__ __ __ __ év __ __ hó __ __ nap
Születési hely*	
Anyja neve*	
Neme*	férfi <input type="checkbox"/> / nő <input type="checkbox"/>
Adóazonosító jel*	_____
Lakcím* (lakcímkártya szerint)	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házsám, emelet, ajtó)
Magyarországi postázási cím*	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, házsám, emelet, ajtó)
E-mail cím ³	
Mobil/Telefonszám ⁴	

¹ A területi szervezetek listája a <https://mok.hu/teruletiszervezetek> linken elérhető.

² A csillaggal jelölt mezők kitöltése kötelező!

³ 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.

⁴ Megadása nem kötelező. A telefonon történő kommunikáció olcsó gyors és környezetbarát eszköz. Reklám és marketing célra nem használjuk. Bármikor kérheti ezen adatának törlését.

CSED időszak: _____ év _____ hó _____ nap-tól _____ év _____ hó _____ napig

(Kérjük, hogy a CSED-re vonatkozó határozatot mellékelten szíveskedjen csatolni.)

Gyermek(ek) születési ideje: 1.) _____ év _____ hó _____ nap

2.) _____ év _____ hó _____ nap

3.) _____ év _____ hó _____ nap

CSED / GYES / GYED / GYET / GYOD kategória rögzítésének igénylése: _____ év _____ hó _____ nap -ig

(megfelelőt kérjük megjelölni)

igen a tagdíj **50%-át kívánom fizetni mert** C S E D / G Y E S / G Y E D / G Y E T / G Y O D -on vagyok⁵

a tagdíjkezdvmény további igénybevételére _____ év _____ hó _____ napjától **nem vagyok jogosult.**

Megjegyzés:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kelt:

p.h.

aláírás

⁵ MINDEN ESETBEN a jogosultságot igazoló dokumentum másolatát (a gyermek születési anyakönyvi kivonatának és a MÁK határozatának másolata) szíveskedjék a nyilatkozat mellé csatolni.