

**Kérelem**  
**Kamarai Tagság Megszüntetése**  
**Magyar Orvosi Kamara**

Alulírott:

Személyes adatok	
Egészségügyi tevékenység során használt név	
Születési név	
Személyi igazolványban szereplő név	
Születési hely és idő	
Anyja neve	
Nyilvántartási szám	
Lakcím (lakcímkártya szerint)	
Magyarországi postázási cím	

az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (Ekt.) 19/B.§ (1) bekezdés b) pontja alapján kérem a Magyar Orvosi Kamarával fennálló tagsági jogviszonyom megszüntetését

jelen kérelem illetékes területi szervezethez beérkezésének napjával vagy

\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ napi hatállyal.

A tagsági jogviszony visszamenőleges hatályú megszüntetésére nincs jogi lehetőség!

Jelen kérelem aláírásával, **tudomásul veszem, hogy:**

- tagdíjfizetési kötelezettségem jelen kérelem benyújtása hónapjának utolsó napjáig áll fenn,
- amennyiben általam meghatározott későbbi időpontban kértem tagsági jogviszonyom megszüntetését, úgy – jelen kérelem beérkezését követően – a kérelemben megjelölt időpont hónapjának utolsó napjáig áll fenn tagdíjfizetési kötelezettségem,
- tagsági kártyámat – jelen kérelemmel együtt – területi szervezetem részére visszaküldöm.

.....  
szignó

Kérjük, hogy a kinyomtatott, valamennyi oldalon aláírt kérelem egy példányát, postai úton – az Ön érdekében igazolhatóan ajánlott/tértivevényes küldeményként – küldje meg területi szervezete címére.

Általános orvosként abba a megyei vagy fővárosi illetékességű területi szervezetbe, melynek tagja.<sup>1</sup>

Fogorvosként a MOK Fogorvosok Területi Szervezetébe, cím: 1068 Budapest, Szondi utca 100., telefon: 06/1/353-2188., postacím: 1398 Budapest 62., Pf.: 581.

Nem orvosi diplomásként a MOK Diplomások Területi Szervezetébe, cím: 1063 Budapest, Szondi utca 44/b. fszt. 2., telefon: 06/1/308-8628.

Kelt: .....

.....  
aláírás

p.h.

---

<sup>1</sup> a területi szervezetek listáját és elérhetőségét a [www.mok.hu](http://www.mok.hu) honlapon találja meg