Alulírott kijelentem, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek, vállalom, hogy az esetleges változásokat, annak bekövetkeztétől számított 30 napon belül bejelentem.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Személyes adatok** | | |
| Engedély/licenc száma\* |  | |
| Egészségügyi tevékenység során használt név\* |  | |
| Születési név\* |  | |
| Személyi igazolványban szereplő név\* |  | |
| Születési dátum\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_. év \_\_ \_\_. hó \_\_ \_\_. nap | |
| Születési hely\* |  | |
| Személyigazolványban szereplő egyik szülő neve |  | |
| Neme\* | férfi ⬜ / nő ⬜ | |
| Személyi szám\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | |
| Lakcím\*  (személyi szám szerint) | Irányítószám: | |
| Település: | |
| Cím:  (közterület, házszám,  emelet, ajtó) |  |
| Postázási cím\* | Irányítószám: | |
| Település: | |
| Cím:  (közterület, házszám,  emelet, ajtó) |  |
| E-mail cím\* |  | |
| Telefonszám\* |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Végzettségre vonatkozó adatok** | |
| Diploma kelte\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_. év |
| Diploma száma |  |
| Diplomát kiállító intézmény neve |  |
| Diploma típusa\* | általános orvosi ⬜ *vagy* fogorvosi ⬜ *vagy* nem orvosi ⬜ |
| Diploma kiállítója\* | magyarországi oktatási intézmény ⬜  külföldön szerzett oklevél ⬜  honosított oklevél ⬜  szerbiai oklevél ⬜ |
| Szakvizsgával/szakképesítéssel rendelkezem\* | igen ⬜ nem ⬜ |
| Szakvizsga/szakképesítés megnevezése\* |  |
| Szakvizsga/szakképesítés kelte\* | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_. év |
| Szakvizsga/szakképesítés kiállítója |  |
| Nyelvvizsga\* | igen ⬜ nem ⬜ |
| Nyelvvizsga fokozata, típusa |  |
| Nyelvvizsga kiállítója, kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_. év |
| Idegen nyelv tudása nyelvvizsga nélkül\* | igen ⬜ nem ⬜ |
| Sorolja fel az idegen nyelveket és Ön által felbecsült szintet |  |
| Egyéb diplomával rendelkezem\* | igen ⬜ nem ⬜ |
| Egyéb diploma típusa (PhD.) |  |
| Egyéb diploma kelte | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_. év |
| Egyéb diploma száma |  |
| Egyéb diploma kiállítója |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkavégzésre vonatkozó adatok** | |
| Munkahely neve\* |  |
| Munkahely címe\* |  |
| Munkahelyi telefonszám |  |
| Beosztás, munkakör\* |  |
| Osztály\* |  |
| Belépés dátuma az aktuális munkabeosztásra | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_. év |
| Orvosi munka tapasztalat | \_\_\_\_ év |
| Szakorvosi munka tapasztalat | \_\_\_\_ év |
| Nyugdíjazás kezdete (ha a következő kérdésre igen a válasz) | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_. év |
| Nyugdíj melletti munkavégzés\* | igen ⬜ nem ⬜ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Számlázási adatok**  (csak akkor kérjük kitölteni, ha vállalkozása nevére kéri a tagdíjszámlát) | |
| Számlázási (cég)név\* |  |
| Számlázási cím\* |  |
| Számlázási (vállalkozási) adószám |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tagdíjfizetésre vonatkozó adatok, nyilatkozatok\*** | | |
| Tagdíjfizetés módja | | ⬜ átutalással havi egyenlő részletekben, a tárgyhó 10. napjáig |
| ⬜ átutalással évi két egyenlő részletben, a tárgyév március 31-éig, illetve szeptember 30-áig |
| ⬜ átutalással évente egy összegben, a tárgyév március 31. napjáig |
|  |
| ⬜ | teljes tagdíjmentességet kérek, mert elmúltam 70 éves | |
| ⬜ |  | |

Kelt: ………………………………………..

…………………………………………………

aláírás

p.h.