

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

<b>Személyes adatok</b>	
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 <input type="checkbox"/> / nő <input type="checkbox"/>
Személyi szám*	_____
Lakcím* (személyi szám szerint)	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, hászám, emelet, ajtó)
Postázási cím*	Irányítószám:
	Település:
	Cím: (közterület, hászám, emelet, ajtó)
E-mail cím*	
Telefonszám*	

.....  
szignó

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

.....  
szignó

<b>Munkavégzésre vonatkozó adatok</b>	
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 <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/>

.....  
szignó

<b>Számlázási adatok</b>	
(csak akkor kérjük kitölteni, ha vállalkozása nevére kéri a tagdíjszámlát)	
Számlázási (cég)név*	
Számlázási cím*	
Számlázási (vállalkozási) adószám	

<b>Tagdíjfizetésre vonatkozó adatok, nyilatkozatok*</b>	
Tagdíjfizetés módja	<input type="checkbox"/> átutalással havi egyenlő részletekben, a tárgy hó 10. napjáig
	<input type="checkbox"/> átutalással évi két egyenlő részletben, a tárgyév március 31-éig, illetve szeptember 30-áig
	<input type="checkbox"/> átutalással évente egy összegben, a tárgyév március 31. napjáig
<input type="checkbox"/>	teljes tagdíjmentességet kérek, mert elmúltam 70 éves
<input type="checkbox"/>	

Kelt: .....

.....  
aláírás  
p.h.

.....  
szignó