****

**ÁTJELENTKEZÉSI KÉRELEM**

**Területi Szervezetek között**

Alulírott gyógyszerész,

Név: ……………………………………………………………………………………………………

Leánykori név: ...………………………………………………………………………………………

Szül. hely, idő: ………………………………………………………………………...………………

Anyja neve: ……………………………………………………………………………………………

Lakcíme: ………………………………………………………………………………………………

Levelezési cím:…………………………………………………………………………………………

Telefonszám:.………..…………… E-mail cím:……………………………..……………..…………

Munkahely megnevezése: …………………...………………………………………………………...

Munkahely címe:……………………………………………………………………………………….

Beosztás:………………………………………………………………………………………………..

Telefonszám/fax:……………………………………………………………………………………….

Alapnyilvántartási szám: ……………………………

Jelenleg a ……………………………………………………...………megyei/területi szervezet tagja

az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006.évi XCVII. tv. 16 §. és az MGYK hatályos alapszabálya III. fejezet 8.1. pontja alapján **kérem átvételemet a ……..……………………………….**

**……………………………………………………………………….…………. területi szervezethez.**

…………………………………, ………... év…………..……….….hó……..nap.

 ..………….…………………….

 kérelmező aláírása

Beküldendő az **újonnan** választott területi szervezet címére postai úton vagy ePapirként ügyfélkapuról indítva.