KÉRELEM

a Magyar Gyógyszerészi Kamarai tagság helyreállításához szünetelő tag részéről

A kérelem benyújtható:

* személyesen a területi Kamara Hivatalában;
* postán ajánlott küldeményként, a területi kamarának címezve
* e-ügyintézés keretében az epapir.gov.hu oldalon keresztül

***Az alábbi mezőket a területi Hivatal tölti ki!***

 1. 2. 3. 4. 5.

Beérkezési iktatószám: Lapok:

Az átvevő szervezet:

 P. H.

Az átvevő aláírása:

Beérkezés napja:

Tagnyilvántartási szám:

Tagnyilvántartásba való felvétel napja:

 P. H.

Határozat száma:

Ügyintéző aláírása:

### 1. Személyi adatok

A kérelmező neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

születésének ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_év \_\_\_\_\_\_\_hó \_\_\_\_\_\_\_nap, helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

állampolgársága: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_adóazonosító jel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

állandó lakcíme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ irányítószám \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ város/község

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tér/út/utca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hsz. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em/ajtó

telefon/fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

levelezési cím: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ irányítószám \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ város/község

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tér/út/utca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hsz. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em/ajtó

**2. Munkahely adatai**

Munkahely megnevezése:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ irányítószám \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ város/község

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tér/út/utca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hsz.

beosztása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kezdete: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vége: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefon/fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Munkahely megnevezése:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ irányítószám \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ város/község

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tér/út/utca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hsz.

beosztása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kezdete: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vége: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefon/fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. A diploma adatai**

Alap szakképesítés megnevezése: gyógyszerész

Oklevél száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállítás helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Időpontja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállító intézmény megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. A szakképesítéssel, szakirányú szakképesítéssel kapcsolatos adatok** (több szakképesítés esetén mindegyik)

Szakirányú szakképesítés megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oklevél, bizonyítvány száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállítás helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Időpontja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállító intézmény megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Szakirányú szakképesítés megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oklevél, bizonyítvány száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállítás helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Időpontja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállító intézmény megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Tudományos fokozat**

Tudományos fokozat megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oklevél, bizonyítvány száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállítás helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Időpontja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállító intézmény megnevezése \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Külföldi egyetemen szerzett oklevéllel rendelkezők esetében**

Honosított (egyenértékűnek elismert) oklevél által tanúsított szakképesítés megnevezése:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Honosítás (elismerés) száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Honosítás (elismerés) helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Időpontja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Honosító (elismerő) intézmény megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Nyelvismeret**

Milyen nyelv: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Milyen fokon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bizonyítvány száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállító intézmény megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kiállítás helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállítás időpontja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Milyen nyelv: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Milyen fokon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bizonyítvány száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállító intézmény megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kiállítás helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kiállítás időpontja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Kérelem tagsági jogviszony helyreállítására**

Jelen kérelmem alapján az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény (Ekt.) 14/B. § (3) bekezdése és 19/B.§ (1) bekezdés c) pontja alapján kérem a Magyar Gyógyszerészi Kamarával fennálló, jelenleg kérelmem alapján szüneteltett tagsági jogviszonyom helyreállítását

jelen kérelem illetékes területi szervezethez beérkezésének napjával *vagy*

………………… év ........................................... hó …………….. napi hatállyal.

A tagsági jogviszonynak a kérelem beérkezését megelőző időpontban történő helyreállítására nincs jogi lehetőség!

**9. Nyilatkozat a tagdíjfizetésről**

Tagdíjat magánszemélyként fizetem ( jelölje „X”-el ha igen)

Tagdíjamat átvállalják ( jelölje „X”-el ha igen)

Tagdíj átvállalása esetén

Számlázási név (cégnév):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A cég adószáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Az Önre vonatkozó tagdíj kategóriát, az Ön nyilatkozata alapján az eljárás során a területi szervezet állapítja meg. Abban az esetben, amennyiben kedvezménykategóriát jelöl meg, úgy az adott kedvezményre vonatkozó jogosultságát okirattal kell igazolnia!

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

* tagdíjfizetési kötelezettségem jelen kérelem benyújtását követő hónap első napjától áll fenn,
* amennyiben általam meghatározott későbbi időpontban kértem tagsági jogviszonyom helyreállítását, úgy – jelen kérelem beérkezését követően – a kérelemben megjelölt időpontot követő hónap első napjától áll fenn tagdíjfizetési kötelezettségem,
* hozzájárulok, hogy az általam szolgáltatott adatokat a Magyar Gyógyszerészi Kamara, a mindenkor hatályos adatvédelmi szabályoknak megfelelően kezelje, az adatok feldolgozására – külön jogszabály szerint – adatfeldolgozót bízzon meg; a tagsági kártyám legyártásához szükséges adataimat – csak gyártási céllal – átadhassa az igazolvány gyártójának.

Kérjük, *papír alapú ügyintézés során* hogy a kinyomtatott, valamennyi oldalon aláírt kérelem egy példányát, postai úton küldje meg területi szervezete címére. A területi szervezetek elérhetőségei a [www.mgyk.hu](http://www.mgyk.hu) oldalon találhatóak. *E-ügyintézés* keretében a kitöltött lementett dokumentumot az ePapir szolgáltatással az epapir.gov.hu oldalon keresztül küldje meg az illetékes területi szervezet részére. A felületre való belépés után válassza a „Témacsoport” legördülő menüből a „Kamarai ügyintézés” -t majd az „Ügytípus” legördülő menüből a „Kamarai tagsági ügyek (Magyar Gyógyszerészi Kamara) tételt, ezután tudja az illetékes területi (megyei) szervezetet kiválasztani.

**Nyilatkozat:**

A 2006. évi XCVII. törvény **14. §** (1) bekezdése alapján kérem felvételemet a Magyar Gyógyszerészi Kamara tagjainak sorába.

A 2006. évi XCVII. törvény **14. §** (1) bekezdés e) pontja alapján nyilatkozom arról, hogy a Magyar Gyógyszerészi Kamara Alapszabályában foglaltakat magamra nézve kötelezőnek ismerem el.

Kijelentem, hogy a 2006. évi XCVII. törvény **14. §** (3) bekezdésében hivatkozottak velem szemben nem állnak fenn.

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Helység: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_\_\_\_\_

**Kérelmező aláírása**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_