# Kérelem

**kamarai tagság szüneteltetéséhez**

## (Magyar Gyógyszerészi Kamara)

Alulírott gyógyszerész,

Név:…………………………………………………………………………………………….……

Lakcíme:…………………………………...…………..…………………………………….……....

Magyarországi postázási cím (csak külföldi lakhely esetén): ………………………………………

…………………………………………………………….……………………………..…………..

Alapnyilvántartási száma: ……………………..

az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006.évi XCVII. tv. (Ekt.) 14/B.§ 1 bekezdése, valamint 19/B. § (1) bekezdés c) pontja alapján kérem a Magyar Gyógyszerészi Kamarával fennálló tagsági viszonyom szüneteltetését **az alábbiak szerint:**

 Jelen kérelem illetékes területi szervezethez beérkezésének napjával vagy

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

 *(A megfelelő rész kitöltendő, jelölendő)*

A tagsági jogviszony visszamenőleges hatályú szüneteltetésére nincs jogi lehetőség

Jelen kérelemmel **tudomásul veszem, hogy:**

* A szüneteltetés ideje alatt a tagsági viszonyból eredő valamennyi jog és kötelezettség szünetel. A kamarai tagságát szüneteltető egészségügyi dolgozó - a törvény eltérő rendelkezése hiányában - egészségügyi tevékenységet nem végezhet.
* A kérelem alapján szüneteltetett tagsági viszonyt a területi szervezet a tag írásbeli kérelmére határozattal állítja helyre.
* A tagsági jogviszony kérelemre történő szüneteltetése iránti eljárás illetékköteles, az **illeték mértéke 3.000.- Ft**, melyet illetékbélyeg formájában a kérelemre kell ragasztani *vagy* elektronikus úton indított eljárás esetén (epapir.gov.hu) banki átutalással a Magyar Államkincstár 10032000- 01012107 Eljárási illetékbevételi számlára kell megfizetni. (A közlemény rovatban az alapnyilvántartási szám kötelezően feltüntetendő és kérjük az átutalást igazoló bizonylat másolatának megküldését.)

Kérjük, hogy a kinyomtatott, aláírt kérelem egy példányát postai úton igazolhatóan, ajánlott/tértivevényes küldeményként – küldje meg a területi szervezet címére. A kérelem elektronikus ügyintézés keretében az epapir.gov.hu oldalon keresztül küldhető be a terület szervezet részére.

Kelt:……………………….…….., ………... év…………..……….….hó……..nap.

Illetékbélyeg helye:

 ..……………………………….

 bejelentő aláírása