

MAGYAR ÁPOLÁSI EGYESÜLET

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

(Kérjük nyomtatott betűkkel, olvashatóan töltsse ki! Köszönjük!)

Alulírott felvételemet kérem a Magyar Ápolási Egyesületbe.

*Név: _____ Születéskori _____ név: _____

Születési idő: _____ Hely: _____

Adóazonosító jel *:

*Telefonszáma(i):

E-mail _____ címe: _____

*Lakcíme _____ (irányítószámmal)

*Munkahely _____ neve: _____

Munkahely _____ címe _____

Osztály

*Szakképesítése _____ Beosztása _____

Nyelvtudása _____ Nyelvvizsga _____ fokozata _____

Ha valamelyik **szakmai szekcióhoz** kíván csatlakozni, kérjük jelölje be a megfelelőt:

☐	Epidemiológiai és klinikai szakápolói	☐	Szociális
☐	Foglalkozás-egészségügyi ápolói	☐	Szülésznői
☐	Hematológiai szakápolói	☐	Szakoktatói
☐	Pszichiátriai és mentálhigiénés szakápolói	☐	Sürgősségi

A Magyar Ápolási Egyesület tagsági díja a **mindenkori minimálbér 0,5%-a /hó** (ez 2025 januárjától 1454 Ft/ hó)
A tanuló, a GYES-en lévő és nyugdíjas tagok, amennyiben más jövedelmük nincs, a mindenkor megállapított tagdíj 50 %-ának megfizetése alól mentesek.

A tagdíj fizetésének módja:

☐ A tagdíjat munkáltatóm vonja havi rendszerességgel a munkabéremből.

(Ha ezt a lehetőséget választja, kérem levonási nyilatkozatot adjon le a munkahelyének humánpolitikai osztályán)

A tagdíjat csekken kívánom befizetni:

☐ évente ☐ félévente

Jelen belépési nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Magyar Ápolási Egyesület a jelen nyilatkozatban megadott személyes adataimat a hatályos jogszabályi előírásoknak megfelelően kezelje és nyilvántartsa. Vállalom, hogy a megadott adataimban bekövetkező változásokat, a változást követő 15 napon belül az egyesület számára bejelentem.

Kelt: _____, 2025

.....
belépő

.....
helyi szervezet vezetője

Visszaküldési cím: Magyar Ápolási Egyesület (1431 Budapest, Pf 190, e-mail: mae@apolasiegyesulet.hu)
A belépési nyilatkozat sokszorosítható, vagy letölthető a www.apolasiegyesulet.hu oldalról.