

Vec: Žiadosť o obnovenie registrácie

V súlade s § 63c zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov¹ /ďalej len „Zákon“/ Vás dolu podpísaný/á:

Titul, meno, priezvisko :
Dátum narodenia :
Miesto trvalého pobytu :
Miesto prechodného pobytu (ak je miesto trvalého pobytu mimo územia SR) :
Registračné číslo :
Telefónny kontakt :
E - mail :

žiadam o obnovenie registrácie a o opätovné registrovanie do registra zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie farmaceut.

Spolu so žiadosťou o obnovenie registrácie oznamujem zmeny údajov oznámených podľa § 63 ods. 2 a 3 Zákona nižšie uvedené a zároveň prikladám doklady zmeny preukazujúce:

Zmena : /uvedte aktuálne údaje zmenou dotknuté/

- meno a/alebo priezvisko :
- titul :
- štátne občianstvo :
- miesto trvalého pobytu :
- miesto prechodného pobytu :
- zamestnávateľa:

Názov zamestnávateľa :

Sídlo zamestnávateľa :

IČO zamestnávateľa :

Názov miesta výkonu povolania :

Adresa miesta výkonu povolania :

Telefónny kontakt miesta výkonu :

Pracovné zaradenie /funkcia/ :

- odbornej spôsobilosti na výkon :
špecializovaných pracovných činností :
- certifikovaných pracovných činností :

- údajov o ďalšom vzdelávaní (ak je osoba zaradená do ďalšieho vzdelávania):
zaradenie do ďalšieho vzdelávania od.....201...

názov vzdelávacej ustanovizne :

sídlo vzdelávacej ustanovizne :

dĺžka trvania špecializačného štúdia alebo certifikačnej prípravy:.....

názov a sídlo poskytovateľa u ktorého sú vykonávané zdravotné výkony potrebné na získanie diplomu o špecializácii alebo certifikátu:

- Kontaktných údajov:

Telefónny kontakt :

E-mailová adresa :

V dňa.....201.....

.....
/vlastnoručný podpis/

Povinné prílohy /označte tie, ktoré prikladáte/:

- fotokópia občianskeho preukazu (ak došlo k zmene mena, priezviska, akademického titulu, alebo miesta trvalého pobytu)
- fotokópia potvrdenia o prechodnom pobyte (ak došlo k nahláseniu prechodného pobytu alebo jeho zmene)
- originál alebo osvedčená kópia potvrdenia zamestnávateľa obsahujúce názov zamestnávateľa, sídlo zamestnávateľa, IČO zamestnávateľa, dátum vzniku pracovnoprávneho resp. obdobného pracovného vzťahu, pracovné zaradenie (funkcia), pečiatka, dátum a miesto vydania potvrdenia, podpis osoby oprávnenej konať v mene zamestnávateľa (ak došlo k zmene zamestnávateľa)
- osvedčená kópia dokladu o získanej odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností (ak došlo k zmene odbornej spôsobilosti)
- osvedčená kópia dokladu o získanej odbornej spôsobilosti na výkon certifikovaných pracovných činností (ak došlo k zmene odbornej spôsobilosti)
- originál alebo osvedčená kópia potvrdenia vzdelávacej ustanovizne a poskytovateľa (ak došlo k zaradeniu do ďalšieho vzdelávania)
- originál alebo osvedčená kópia potvrdenia zamestnávateľa obsahujúce názov zamestnávateľa, sídlo zamestnávateľa, IČO zamestnávateľa, pečiatka, dátum a miesto vydania potvrdenia, podpis osoby oprávnenej konať v mene zamestnávateľa o skutočnosti, že v špecifikovanom období v minimálnom Zákonom požadovanom rozsahu 480 hodín bolo absolvované na príslušnom pracovisku zamestnávateľa pod vedením povereného zdravotníckeho pracovníka obnovenie vedomostí a zručností na výkon pracovných činností farmaceuta (ak došlo k prerušeniu výkonu odborných pracovných činností, špecializovaných pracovných činností alebo certifikovaných pracovných činností v príslušnom odbore na území Slovenskej republiky v období dlhšom ako štyri roky v priebehu predchádzajúcich piatich rokov)