

Slovenská lekárnická komora

Nová Rožňavská 3

831 04 Bratislava

Vec: Žiadosť o zapísanie do Zoznamu členov Slovenskej lekárskej komory

V súlade s § 45 ods. 3 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov Vás dolupodpísaný/á:

Titul, meno, priezvisko :

Dátum narodenia :

Miesto trvalého pobytu :

Miesto prechodného pobytu (ak je miesto trvalého pobytu mimo územia SR):

Korešpondenčná adresa :

Registračné číslo Registri zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie farmaceut (ak je žiadateľ v registri zapísaný):

Kontaktné údaje :

Telefónny kontakt :

E-mailová adresa :

žiadam o zapísanie do Zoznamu členov Slovenskej lekárskej komory.

Podpisom potvrdzujem, že mi boli poskytnuté informácie Slovenskej lekárskej komory o spracúvaní osobných údajov v informačnom systéme „Zoznam členov“.

V dňa201....

.....
/vlastnoručný podpis/

Prílohy:

1. údaje potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov
2. doklady o odbornej spôsobilosti (iba v prípade, ak žiadateľ nie je zapísaný v Registri zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie farmaceut)

Údaje potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov

Rodné priezvisko	
Meno	
Terajšie priezvisko	
Dátum narodenia	
Miesto narodenia	
Okres narodenia v SR alebo štát narodenia	
Rodné číslo	
Pohlavie	
Štátne občianstvo	
Číslo občianskeho preukazu/pasu (nehodiace sa prečiarknuť)	
Prezývka (ak existuje)	
Trvalé bydlisko	
Priezvisko otca	
Meno otca	
Rodné priezvisko matky	
Meno matky	
Priezvisko matky	

.....
/vlastnoručný podpis/