

**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 dolu podpísaný/á:

Titul, meno, priezvisko : .....

Dátum narodenia : .....

Miesto trvalého pobytu : .....

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

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 .....dňa .....

.....  
/vlastnoručný podpis/

**Povinné prílohy - osvedčené kópie /označte tie, ktoré prikladáte/:**

- údaje potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov;
- 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**

Meno	
Priezvisko	
Rodné priezvisko	
Pôvodné meno alebo priezvisko, ak došlo k zmene mena alebo zmene priezviska	
Prezývka (ak existuje)	
Dátum narodenia	
Rodné číslo	
Miesto narodenia	
Okres narodenia	
Adresa trvalého pobytu	
Štát narodenia /u osoby narodenej v cudzine/	
Štátne občianstvo	
Pohlavie	
Číslo občianskeho preukazu	
Číslo pasu (ak nevediete číslo občianskeho preukazu)	
Meno otca	
Priezvisko otca	
Rodné priezvisko otca	
Meno matky	
Priezvisko matky	
Rodné priezvisko matky	

V .....dňa .....

.....

/vlastnoručný podpis/