

Vec: Oznámenie údajov do registra zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie farmaceut

V súlade s § 63 Zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov Vám na účely zápisu do registra zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie farmaceut oznamujem svoje nasledovné údaje:

1. Titul, meno, priezvisko :
2. Dátum narodenia :
3. Rodné číslo :
4. Štátne občianstvo :
5. Miesto trvalého pobytu :
6. Miesto prechodného pobytu (ak je miesto trvalého pobytu mimo územia SR):
:
7. Údaj o zdravotníckom povolaní : farmaceut
8. Údaj o zamestnávateľovi
 - Názov zamestnávateľa :
 - Sídlo zamestnávateľa :
 - IČO zamestnávateľa :
 - Názov miesta výkonu povolania :
 - Adresa miesta výkonu povolania :
 - Telefónny kontakt miesta výkonu :
9. Údaje o odbornej spôsobilosti
 - na výkon odborných pracovných činností farmaceut: vysokoškolský diplom II. stupňa vzdelania
 - na výkon špecializovaných pracovných činností :
 - na výkon certifikovaných pracovných činností :

10. Údaje o ďalšom vzdelávaní (ak je osoba zaradená do ďalšieho vzdelávania):

- zaradenie do ďalšieho vzdelávania od.....
- 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

:

11. Údaj o sústavnom vzdelávaní :

12. Údaj o doterajšej odbornej praxi :

Kontaktné údaje

1. Telefónny kontakt :

2. E-mailová adresa :

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

Vdňa

.....

/vlastnoručný podpis/

Povinné prílohy - /označte tie, ktoré prikladáte/:

- údaje potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov;
- originál alebo osvedčená kópia** potvrdenia zamestnávateľa (obsahujúca názov zamestnávateľa, sídlo zamestnávateľa, IČO zamestnávateľa, dátum vzniku pracovnoprávneho resp. obdobného pracovného vzťahu, pracovné zaradenie (funkcia), pečiatka zamestnávateľa, dátum a miesto vydania potvrdenia, podpis osoby oprávnenej konať v mene zamestnávateľa);
- originál alebo osvedčená kópia** dokladu o získanej odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania farmaceut; v prípade ukončenia štúdia v zahraničí aj právoplatné rozhodnutie Ministerstva školstva Slovenskej republiky o uznaní dokladu o odbornej spôsobilosti žiadateľa na výkon odborných pracovných činností v študijnom odbore farmácia spolu s vyznačenou doložkou právoplatnosti;
- originál alebo osvedčená kópia** dokladu o získanej odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností, ak bola získaná;
- originál alebo osvedčená kópia** dokladu o získanej odbornej spôsobilosti na výkon certifikovaných pracovných činností, ak bola získaná;
- potvrdenie vzdelávacej ustanovizne a poskytovateľa, ak je oznamovateľ zaradený do ďalšieho vzdelávania;
- kópia dokladu o zaplatení registračného poplatku 13 €.

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 neuvediete číslo občianskeho preukazu)	
Meno otca	
Priezvisko otca	
Rodné priezvisko otca	
Meno matky	
Priezvisko matky	
Rodné priezvisko matky	

Vdňa

.....
/vlastnoručný podpis/