

Vec: Žiadosť o vydanie licencie

V súlade s § 70 a nasl. zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov /ďalej len „Zákon“ / Vás dolu podpísaný/á:

1. Titul, meno, priezvisko :

2. Dátum narodenia :

3. Údaj o štátnom občianstve :

4. Miesto trvalého pobytu :

5. Miesto prechodného pobytu, ak je miesto trvalého pobytu mimo územia Slovenskej republiky
:

6. Registračné číslo :

7. Telefónne číslo :

8. E – mail: :

9. Údaj o odbornej spôsobilosti :

10. Údaj o zdravotníckom povolání, študijnom odbore, špecializačnom odbore alebo certifikovanej pracovnej činnosti, v ktorej sa bude vykonávať zdravotnícke povolanie

: **FARMACEUT - LEKÁRENSTVO**

11. Údaj o doterajšej odbornej praxi (v členení od – do) /len v prípade, že žiadateľ nemá špecializáciu z lekárstva/

:

:

:

:

12. Miesto výkonu zdravotníckeho povolania alebo miesto výkonu činnosti odborného zástupcu v tvare názov + sídlo + IČO držiteľa povolenia na poskytovanie (ak žiadateľ pozná miesto výkonu činnosti OZ)

:

žiadam Slovenskú lekárnickú komoru o vydanie licencie (označte krížikom):

- na výkon činnosti odborného zástupcu zdravotníckym pracovníkom v povolání farmaceut
- na výkon zdravotníckeho povolania zdravotníckym pracovníkom v povolání farmaceut

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

V dňa2019

.....
/vlastnoručný podpis/

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

- čestné vyhlásenie o spôsobilosti na právne úkony v celom rozsahu;
- lekárske posudok o zdravotnej spôsobilosti;
- výpis z registra trestov;
- doklad o získanej odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore lekárenstvo, ak bola získaná, ktorý nebol predložený v oznámení pri registrácii; v prípade ukončenia štúdia v zahraničí aj právoplatné rozhodnutie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o uznaní dokladu o odbornej spôsobilosti;
- potvrdenie zamestnávateľa (obsahujúce názov zamestnávateľa, sídlo zamestnávateľa, IČO zamestnávateľa, dĺžku trvania pracovnoprávneho vzťahu, pracovné zaradenie (funkcia), pečiatka, dátum a miesto vydania potvrdenia, podpis osoby oprávnenej konať v mene zamestnávateľa na preukázanie údajov o doterajšej odbornej praxi, ak bola vykonávaná) /len v prípade, že žiadateľ nemá špecializáciu z lekárenstva/;
- potvrdenie kompetentného orgánu štátu, kde bola prax vykonávaná, že činnosti vykonávané v zahraničí sú činnosťami farmaceuta definovanými Smernicou Európskeho parlamentu a Rady č. 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií (len v prípade, že odborná prax bola vykonávaná mimo územia Slovenskej republiky) a žiadateľ nemá špecializáciu z lekárenstva;
- kópia dokladu o zaplatení poplatku za vydanie licencie.

LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE:

EVIDENČNÉ ČÍSLO POSUDKU:

SÍDLO:

IČO:

LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA VÝKON ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA

.....*)

PRIEZVISKO A MENO:

.....

ADRESA TRVALÉHO POBYTU:

.....

PRECHODNÝ POBYT:

.....

JE SPÔSOBILÝ **) JE NESPÔSOBILÝ **)

NA VÝKON ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA*)

V ODBORE***)

V.....,DŇA.....

.....
ODTLAČOK PEČIATKY A PODPIS LEKÁRA

*) Uvedte príslušné zdravotnícke povolanie (lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka, fyzioterapeut, verejný zdravotník, zdravotnícky laborant, asistent výživy, dentálna hygienička, rádiologický technik, zdravotnícky záchranár, zubný technik, technik pre zdravotnícke pomôcky, optometrista, farmaceutický laborant, masér, očný optik, ortopedický technik, zdravotnícky asistent, sanitár, logopéd, psychológ, liečebný pedagóg, fyzik a laboratórny diagnostik).

**) Nehodiace sa prečiarknite.

***) Uvedte študijný odbor uvedený na vysokoškolskom diplome alebo maturitnom vysvedčení, v prípade špecializácie aj špecializačný odbor uvedený na diplome o špecializácii.

**ČESTNÉ VYHLÁSENIE
O SPÔSOBILOSTI NA PRÁVNE ÚKONY**

Ja, dolu podpísaná/ý , narodená/ý dňa trvale bytom

čestne vyhlasujem,

že som spôsobilá/ý na právne úkony v celom rozsahu.

V dňa.....

.....
/vlastnoručný podpis/