

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

**Zdravotnícky pracovník:**

Titul, meno, priezvisko : .....

Registračné číslo : .....

v súlade s § 80 ods. 1 písm. c) 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“/ na účely zápisu do registra zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie farmaceut oznamujem týmto Slovenskej lekárskej komore nasledovné zmeny údajov do registra zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie farmaceut /vyznačte v príslušnom rámečku krížikom X/:

**Zmena:** : /uvedte aktuálne údaje zmenou dotknuté/

Meno a/alebo priezvisko : .....

Titul : .....

Štátne občianstvo : .....

Miesto trvalého pobytu : .....

Miesto prechodného pobytu : .....

Zamestnávateľ:

NOVÝ PRACOVNÝ POMER – potrebné informácie:

Názov zamestnávateľa : .....

Sídlo zamestnávateľa : .....

IČO zamestnávateľa : .....

Názov miesta výkonu povolania : .....

Adresa miesta výkonu povolania : .....

Telefónny kontakt miesta výkonu : .....

Pracovné zaradenie/funkcia : .....

Dátum nástupu do zamestnania : .....

UKONČENIE PREDCHÁDZAJÚCEHO PRACOVNÉHO POMERU – potrebné informácie:

Názov miesta výkonu povolania : .....

Adresa miesta výkonu povolania : .....

Pracovné zaradenie/funkcia : .....

Dátum ukončenia : .....

Odborná spôsobilosť na výkon :

Špecializovaných pracovných činností : .....

Certifikovaných pracovných činností : .....

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

Zaradenie do ďalšieho vzdelávania od ..... : .....

Názov vzdelávacej ustanovizne : .....

Sídlo vzdelávacej ustanovizne : .....

Názov odboru ďalšieho vzdelávania : .....

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 : .....

Kontaktné údaje:

Telefónny kontakt : .....

E-mailová adresa : .....

- v súlade s § 63 ods. 8 Zákona v rámci oznamovania zmeny údajov týkajúcich sa výkonu zdravotníckeho povolania oznamujem Slovenskej lekárskej komore údaje:

o výkone pracovných činností mimo územia Slovenskej republiky od ..... . ..... . .....

V ..... dňa .....

.....  
/vlastnoručný podpis/

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

- fotokópia občianskeho preukazu (ak došlo k zmene mena, priezviska, alebo miesta trvalého pobytu);
- fotokópia potvrdenia o prechodnom pobyte (ak došlo k nahláseniu prechodného pobytu alebo jeho zmene),
- fotokópia potvrdenia zamestnávateľa obsahujúca 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);
- čestné vyhlásenie o spôsobe výkonu odborného zástupcu (ak odborný zástupca nevykonáva odborného zástupcu v pracovnom pomere k držiteľovi povolenia ale ako štatutárny orgán/člen štatutárneho orgánu držiteľa povolenia);
- fotokópia povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti vo verejnej/nemocničnej lekárni (ak došlo k začatiu výkonu funkcie odborného zástupcu);
- fotokópia dokladu o absolvovaní rigorózneho skúšky;
- fotokópia dokladu o absolvovaní dizertačnej skúšky;
- osvedčená fotokópia dokladu o získanej odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností (ak došlo k zmene odbornej spôsobilosti);
- osvedčená fotokópia dokladu o získanej odbornej spôsobilosti na výkon certifikovaných pracovných činností (ak došlo k zmene odbornej spôsobilosti);
- originál alebo osvedčená fotokópia potvrdenia vzdelávacej ustanovizne a poskytovateľa (ak došlo k zaradeniu do ďalšieho vzdelávania).