Slovenská lekárnická komora
Nová Rožňavská 3
831 04 Bratislava

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 lekárnickej komore nasledovné zmeny údajov do registra zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie farmaceut /vyznačte v príslušnom rámčeku krížikom X/:

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

- ☐ Meno a/alebo priezvisko : .....
- ☐ Titul : .....
- ☐ Štátne občianstvo : .....
- ☐ Miesto trvalého pobytu : .....
- ☐ Miesto prechodného pobytu : .....
- ☐ Zamestnávateľa/miesta výkonu povolania: .....
  - Názov zamestnávateľa : .....
  - Sídlo zamestnávateľa : .....
  - IČO zamestnávateľa : .....
  - Názov miesta výkonu povolania : .....
  - Adresa miesta výkonu povolania : .....
  - Telefónny kontakt miesta výkonu : .....
  - Pracovné zaradenie /funkcia : .....
- ☐ Ukončenie predchádzajúceho zamestnávateľa ku dňu : .....

☐ Odbornej spôsobilosti na výkon :

- ❑ Špecializovaných pracovných činností : .....
- ❑ Certifikovaných pracovných činností : .....

☐ Údajov 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 : .....

☐ Kontaktných údajov:

Telefónny kontakt : .....

E-mailová adresa : .....

- v súlade s § 63 ods. 8 Zákona v rámci oznamovania zmeny údajov týkajúcich sa výkonu zdravotníckeho povolania oznamujem Slovenskej lekárnickej 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);
☐ kópia 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 dokladu o absolvovaní rigoróznej skúšky;
☐ osvedčená kópia dokladu o získanej odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností (ak došlo k zmene odbornej spôsobilosti);
☐ osvedčená kópia dokladu o získanej odbornej spôsobilosti na výkon certifikovaných pracovných činností (ak došlo k zmene odbornej spôsobilosti);
☐ originál alebo osvedčená kópia potvrdenia vzdelávacej ustanovizne a poskytovateľa (ak došlo k zaradeniu do ďalšieho vzdelávania).