

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 dňa2020

.....
/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	

Vdňa

.....

/vlastnoručný podpis/