

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 rámciku krížikom X/:

Zmena: /uveďte 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:
Telefonický 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, názov miesta výkonu povolania, 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 právoplatného povolenia na veľkodistribúciu humánnych liekov/na poskytovanie lekárskej starostlivosti vo verejnej lekárni alebo 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).