

Vec: Žiadosť o obnovenie registrácie

V súlade s § 63c zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov<sup>1</sup> /ďalej len „Zákon“/ Vás dolu podpísaný/á:

Titul, meno, priezvisko : .....

Dátum narodenia : .....

Registračné číslo : .....

Miesto trvalého pobytu : .....

Miesto prechodného pobytu (ak je miesto trvalého pobytu mimo územia SR)

: .....

Telefonický kontakt : .....

E - mail : .....

žiadam o obnovenie registrácie a o opätovné registrovanie do registra zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie farmaceut.

Spolu so žiadosťou o obnovenie registrácie oznamujem zmeny údajov oznámených podľa § 63 ods. 2 a 3 Zákona nižšie uvedené a zároveň prikladám doklady zmeny preukazujúce:

Zmena : /uveďte aktuálne údaje zmenou dotknuté/

Meno a/alebo priezvisko : .....

Titul : .....

Štátne občianstvo : .....

Miesto trvalého pobytu : .....

Miesto prechodného pobytu : .....

Zamestnávateľa:

Názov zamestnávateľa : .....

Sídlo zamestnávateľa : .....

---

IČO zamestnávateľa : .....

Názov miesta výkonu povolania : .....

Adresa miesta výkonu povolania : .....

Telefonický kontakt miesta výkonu : .....

Pracovné zaradenie /funkcia/ : .....

- 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:

Telefonický kontakt : .....

E-mailová adresa : .....

V ..... dňa .....

.....

/vlastnoručný podpis/

Povinné prílohy /označte tie, ktoré prikladáte/:

- fotokópia občianskeho preukazu (ak došlo k zmene mena, priezviska, akademického titulu, alebo miesta trvalého pobytu)
- fotokópia potvrdenia o prechodnom pobyte (ak došlo k nahláseniu prechodného pobytu alebo jeho zmene)
- originál alebo osvedčená kópia potvrdenia zamestnávateľa obsahujúce 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)
- 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)
- originál alebo osvedčená kópia potvrdenia zamestnávateľa obsahujúce názov zamestnávateľa, sídlo zamestnávateľa, IČO zamestnávateľa, pečiatka, dátum a miesto vydania potvrdenia, podpis osoby oprávnenej konať v mene zamestnávateľa o skutočnosti, že v špecifikovanom období v minimálnom Zákonom požadovanom rozsahu 480 hodín bolo absolvované na príslušnom pracovisku zamestnávateľa pod vedením povereného zdravotníckeho pracovníka obnovenie vedomostí a zručností na výkon pracovných činností farmaceuta (ak došlo k prerušeniu výkonu odborných pracovných činností, špecializovaných pracovných činností alebo certifikovaných pracovných činností v príslušnom odbore na území Slovenskej republiky v období dlhšom ako štyri roky v priebehu predchádzajúcich piatich rokov)