



PRIHLÁŠKA (aktualizácia údajov)

člena Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS
(SSVPL SLS)

I. OSOBNÉ ÚDAJE:

1. Meno a priezvisko (u žien aj rodné) :
2. Dátum narodenia/rodné číslo:
3. Tituly (vznačte v tabuľkách krížikom)

M	MUDr.
V	MVDr.
I	Ing.
N	RNDr.
J	JUDr.
L	PhDr.
H	PhMr.
F	PharmDr.

E	PaedDr.
G	Mgr.
Z	Bc.
X	iné VŠ vzdelanie
B	bez titulu
T	študent
S	abs. farm.
U	FRCP

A	akademik
K	člen korešpondent SAV
P	profesor
D	docent
T	DrSc.
C	CSc.
Y	PhD.
R	MPH

Rok a miesto promócie: Absolvované atestácie (druh atestácie/rok)

Prax v odbore VL od:

4. Adresa trvalého bydliska :

.....PSČ :

Tel.(predvoľba): Fax:

Mobil: E-mail :

5. Názov pracoviska: **zamestnanec** (uvedie názov a údaje zamestnávateľa), **fyzická osoba**
(názov ambulancie, meno a priezvisko), **právnická osoba** (názov s.r.o.)

Adresa pracoviska :

.....PSČ :

Tel.(predvoľba): Fax:

Funkcia na pracovisku:

IČO:

II. PRIHLÁŠKA

Prihlasujem sa za člena Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS.

III. Členstvo v Slovenskej lekárskej spoločnosti:

Som členom týchto odborných spoločností a spolkov SLS:

Nie som členom Slovenskej lekárskej spoločnosti.
(čo sa nehodí škrtnite)

IV. VYJADRENIE SÚHLASU

1. Súhlasím s poslaním a cieľmi Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS tak ako sú definované v stanovách SSVPL SLS.
2. V zmysle §6, písm. b Zák. č. 428/2002 Z. z., (v znení neskorších predpisov) súhlasím s uchovávaním a ďalším spracovávaním mojich osobných údajov uvedených v tejto prihláške, ktoré môžu byť použité len na účely vyplývajúce z poslanca a cieľov Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS.

V. VYHLÁSENIE

1. Vyhlásujem, že informácie, ktoré som v prihláške uviedol/uviedla sú pravdivé a z a v ä z u j e m sa v zmysle Zák. č. 428/2002 Z.z., §11 (v znení neskorších predpisov), nahlasovať SSVPL SLS všetky zmeny, aby mohla byť zaručená ich pravdivosť a aktuálnosť.
2. Vyhlásujem, že ako člen/členka Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS budem dodržiavať Stanovy SSVPL SLS a ich vykonávacie predpisy

Dátum:

Podpis:

VI. Stanovisko výboru SSVPL SLS

schvaľuje / neschvaľuje

Overil prezident SSVPL SLS:

.....
dátum/ pečiatka/ podpis

VII. Adresa pre zasielanie prihlášok:

Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva SLS
Námestie SNP 10
814 66 Bratislava

fax: 00421 2 57887259

e-mail: vpl@vpl.sk

web stránka: www.vpl.sk