



# PRIHLÁŠKA / AKTUALIZÁCIA ÚDAJOV

(čo sa nehodí škrtnite)

## 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. **Registračné číslo v SLK:** .....
4. Tituly (vyznačte v tabuľkách krížikom) .....

	M	MUDr.			E	PaedDr.			A	akademik
	V	MVDr.			G	Mgr.			K	člen korešpondent SAV
	I	Ing.			Z	Bc.			P	profesor
	N	RNDr.			X	iné VŠ vzdelanie			D	docent
	J	JUDr.			B	bez titulu			T	DrSc.
	L	PhDr.			T	študent			C	CSc.
	H	PhMr.			S	abs. farm.			Y	PhD.
	F	PharmDr.			U	FRCP			R	MPH

Rok a miesto promócie: .....

Absolvované atestácie (druh atestácie/rok) .....

Prax v odbore VL od: .....

5. Adresa trvalého bydliska : .....

..... PSČ: .....

Tel.(predvoľba): ..... Fax: .....

Mobil: ..... E-mail : .....

6. 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.

Som členom Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS od roku .....  
(čo sa nehodí škrtnite)

### 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 poslania a cieľov Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS.

### V. VYHLÁSENIE

1. Vyhlásujem, že informácie, ktoré som v prihláške/aktualizácii údajov uviedol/uviedla sú pravdivé a zavažujem 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