



AKTUALIZÁCIA ÚDAJOV / PRIHLÁŠKA

(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):

Funkcia na pracovisku:

IČO:

7. **Ako korešpondenčnú adresu uprednostňujem:**

adresu bydliska, adresu pracoviska (vyznačte krížikom)

8. **Platím polovičné členské ÁNO/NIE** čo sa nehodí škrtnite)

Nepracujúci dôchodca od dátumu:

Prerušný výkon povolania od dátumu:

Študent LFUK:

**II. PRIHLÁŠKA**

- Prihlasujem sa za člena Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS.
- Som členom Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS od roku
(vyznačte krížikom)

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 aktualizácii údajov/prihláške uviedol/uviedla sú pravdivé a zaviažujem 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

