

Ž I A D O S Ť

riadneho (individuálneho) člena Slovenskej lekárskej spoločnosti

ROZŠÍRENIE ČLENSTVA

I. OSOBNÉ ÚDAJE:

1. Meno a priezvisko (u žien aj rodné) :

2. Dátum narodenia :

3. Tituly (vyznačte v tabuľkách krížikom)

<input type="checkbox"/>	M	MUDr.
<input type="checkbox"/>	V	MVDr.
<input type="checkbox"/>	Ý	MDDr.
<input type="checkbox"/>	N	RNDr.
<input type="checkbox"/>	J	JUDr.
<input type="checkbox"/>	L	PhDr.
<input type="checkbox"/>	H	PhMr.
<input type="checkbox"/>	F	PharmDr.
<input type="checkbox"/>	Ď	MBA
<input type="checkbox"/>	Ú	MHA
<input type="checkbox"/>	É	Dr.h.c.

<input type="checkbox"/>	E	PaedDr.
<input type="checkbox"/>	G	Mgr.
<input type="checkbox"/>	Z	Bc.
<input type="checkbox"/>	B	bez titulu
<input type="checkbox"/>	T	študent
<input type="checkbox"/>	I	Ing.
<input type="checkbox"/>	U	FRCP
<input type="checkbox"/>	Ť	FESC
<input type="checkbox"/>	Á	FACC
<input type="checkbox"/>	K	člen korešpondent SAV
<input type="checkbox"/>	A	akademik

<input type="checkbox"/>	P	profesor
<input type="checkbox"/>	X	mimoriadny profesor
<input type="checkbox"/>	O	host'. profesor
<input type="checkbox"/>	D	docent
<input type="checkbox"/>	Č	Mimoriadny docent
<input type="checkbox"/>	T	DrSc.
<input type="checkbox"/>	C	CSc.
<input type="checkbox"/>	Y	PhD.
<input type="checkbox"/>	R	MPH
<input type="checkbox"/>	Ž	Dr.
<input type="checkbox"/>	Ň	FESO

4. Adresa trvalého bydliska :

PSČ :

Tel.(predvoľ'ba): Fax:

Mobil: E-mail :

5. Adresa pracoviska :

PSČ :

Tel.(predvoľ'ba): Fax:

Mobil: E-mail :

6. Registrovaný v komore

(uviesť úplný názov)

Registračné číslo z registra komory

II. Žiadam o rozšírenie v týchto organizačných zložkách SLS :

- odborná spoločnosť (uviesť názov a číselný kód podľa prílohy)

.....
.....

- spolok lekárov alebo farmaceutov (uviesť názov a číselný kód podľa prílohy)

.....

III. SÚHLAS

• Súhlasím s poslaním, cieľmi a Stanovami Slovenskej lekárskej spoločnosti (ďalej len „SLS“).

• V súlade s § 14 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, dávam slobodne a dobrovoľne súhlas Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS) a jej organizačným zložkám so spracovaním poskytnutých osobných údajov uvedených v Prihláške za člena a v jej prílohách za účelom plnenia poslania, cieľov a predmetu činnosti (úloh) SLS a jej organizačných zložiek po dobu môjho členstva v SLS.

• Zároveň súhlasím so zverejnením osobných údajov a to môjho mena, priezviska, titulu/ov, mesta na web stránke SLS a príslušnej organizačnej zložky pre účely volieb do orgánov SLS a orgánov príslušnej organizačnej zložky, ktorej som členom a pre plnenie úloh vyplývajúcich z členstva v SLS a jej organizačných zložiek.

• Beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby v oblasti spracovania osobných údajov sú upravené v § 19 až 30 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov.

Som si vedomý/á toho, že odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založeného na súhlase pred jeho odvolaním.

IV. VYHLÁSENIE

• Vyhlásujem, že informácie, ktoré som v prihláške uviedol/la sú pravdivé a z a v ä z u j e m sa členskej evidencii SLS oznamovať všetky ďalšie zmeny, aby mohla byť zaručená ich pravdivosť a aktuálnosť.

Poznámka: Vyjadrenie súhlasu (III.) a Vyhlásenie (IV.) je bezpredmetné v prípade žiadosti o zrušenie členstva.

Dátum:

Podpis:

Slovenská lekárska spoločnosť
Cukrová 3, 813 22 Bratislava
tel.: 00421 2 5292 2017, 5292 2019
fax: 00421 2 5263 5611
e-mail: spustova@sls.sk, clenska@sls.sk