



PRIHLÁŠKA / AKTUALIZÁCIA ÚDAJOV

(čo sa nehodí škrtnite)

člena Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL)

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.
	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

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:
IČO:

7. Korešpondenčnú adresu uprednostňujem (vyznačte krížikom):

- Adresa pracoviska
 Adresa bydliska

II. PRIHLÁŠKA (vyznačte krížikom)

- Prihlasujem sa za člena Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva.
 Som členom Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva od roku

III. ODOBERANIE NOVINIEK

Súhlasím so zasielaním noviniek o činnosti SSVPL na uvedenú emailovú adresu.

IV. VYJADRENIE SÚHLASU

1. Súhlasím s poslaním a cieľmi Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva tak ako sú definované v stanovách SSVPL.
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.

V. VYHLÁSENIE

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

Dátum:

Podpis:

VI. STANOVISKO VÝBORU SSVPL

schvaľuje / neschvaľuje

Overil prezident SSVPL:

.....
dátum / pečiatka / podpis

VII. ADRESA PRE ZASIELANIE PRIHLÁŠOK

Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva
Stredná 80
821 04 Bratislava

e-mail: vpl@vpl.sk
web stránka: www.vpl.sk