



Oznámenie zmien údajov do registra zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie zubný lekár

Zdravotnícky pracovník:

Titul, meno, priezvisko :

Registračné číslo :

Podľa§ 80 ods. 1 písm. c) zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov /ďalej len „zákon“/ na účely zápisu do registra zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie zubných lekárov oznamujem týmto Slovenskej komore zubných lekárov **nasledovné zmeny údajov** do registra zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie zubných lekárov /vyznačte v príslušnom rámcu krížikov X/:

Zmena : /uveďte aktuálne údaje zmenou dotknuté/

- Meno a/alebo priezvisko :
- Titul :
- Štátne občianstvo :
- Miesto trvalého pobytu :
- Miesto prechodné pobytu :
- Korešpondenčná adresa :

Žiadam o vydanie dodatku k licencii č. zo dňa na výkon

- Zamestnávateľa/miesta výkonu povolania :
Názov zamestnávateľa :
Adresa miesta výkonu povolania :
Telefónny kontakt miesta výkonu :

- Odbornej spôsobilosti na výkon:
 - špecializovaných pracovných činností :
 - Certifikovaných pracovných činností :

- Kontaktné údaje:
Telefónny kontakt :
E-mailová adresa :

- podľa § 63 ods. 8 zákona v rámci oznamovania zmeny údajov týkajúcich sa výkonu zdravotníckeho povolania oznamujem Slovenskej komore zubných lekárov údaje:

o výkone pracovných činností mimo územia Slovenskej republiky od 20.....

V dňa

.....
/vlastnoručný podpis/

Povinné prílohy – /označte tie, ktoré prikladáte/:

- fotokópia občianskeho preukazu (ak došlo k zmene mena, priezviska, alebo miesta trvalého pobytu);
- fotokópia potvrdenia o prechodnom pobyte (ak došlo k nahláseniu prechodného pobytu alebo jeho zmene, alebo zmena štátneho občianstva);
- fotokópia rozhodnutia zo samosprávneho kraja (ak došlo k zmene odborného zástupcu/ zdravotníckeho pracovníka),
- osvedčená kópia dokladu o získanej odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností (ak došlo k zmene odbornej spôsobilosti),
- osvedčená kópia dokladu o získanej odbornej spôsobilosti na výkon certifikovaných pracovných činností (ak došlo k zmene odbornej spôsobilosti),
- osvedčená kópia dokladu (ak došlo k zmene titulu).

Žiadosť o zmene spolu s prílohami zaslať na:

Slovenská komora zubných lekárov
Fibichova 14
821 05 Bratislava