



**SLOVENSÁ LEKÁRSKA KOMORA**  
SEKRETARIÁT, Račianska 42/A, 831 02 Bratislava

## Súhlas so spracúvaním osobných údajov

**Dotknutá osoba:**

Meno a priezvisko: .....

Registračné číslo: .....

Trvalý pobyt: .....

Telefónne číslo: .....

email: .....

ako lekár registrovaný v registri zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich povolanie lekár, týmto udeľujem súhlas Slovenskej lekárskej komore, sídlo Račianska 42/A, 831 02 Bratislava, IČO: 17 313 317 so spracúvaním svojich osobných údajov v predmetnom registri v rozsahu telefónne číslo alebo email na účel sledovania a hodnotenia sústavného vzdelávania lekárov, informovania o vzdelávacích podujatiach a komunikácie v súvislosti s vecami týkajúcimi sa **registra**.

Vyhlasujem, že som si vedomý, že poskytnutie uvedených osobných údajov, ako aj udelenie súhlasu s ich spracúvaním je dobrovoľné a súhlas môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania súhlasu na adresu prevádzkovateľa. Odvolanie súhlasu je účinné dňom jeho doručenia.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis dotknutej osoby