

Slovenská lekárska komora

Ž I A D O S Ť

o vydanie potvrdenia o profesijnej bezúhonnosti

Vyplní žiadateľ

Priezvisko, meno, tituly

Rodné a ev. ďalšie priezvisko dátum narodenia.....

Adresa kam potvrdenie poslať

Tel., e-mail

Dĺžka praxe, v ktorom zdravot.zariadení

.....

Registračné číslo/ ID

Žiadam o vystavenie potvrdenia v jazyku*:

- Anglickom
 Nemeckom
 Slovenskom

V dňa

.....
(podpis žiadateľa)

Týmto sa zaväzujem po začatí pracovného pomeru v zahraničí oznámiť SLK novú adresu pracoviska pre potrebu úpravy výšky členského poplatku. V prípade neoznámenia potrebných údajov som si vedomý povinnosti platenia plného členského poplatku v SLK.

Čestne vyhlasujem, že mi nebola právoplatne uložená sankcia orgánmi dozoru podľa § 81 zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Čestne vyhlasujem, že mi nebola právoplatne uložená sankcia Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podľa § 50 zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

.....
podpis žiadateľa