

# Ž I A D O S Ť

riadneho (individuálneho) člena Slovenskej lekárskej spoločnosti

## Ľ ROZŠÍRENIE ČLENSTVA – Ľ ZRUŠENIE ČLENSTVA

\*/ (vyznačte krížikom)

### 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"/>	I	Ing.
<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"/>	E	PaedDr.
<input type="checkbox"/>	G	Mgr.
<input type="checkbox"/>		Bc.
<input type="checkbox"/>	X	iné VŠ vzdelanie
<input type="checkbox"/>	B	bez titulu
<input type="checkbox"/>	T	študent
<input type="checkbox"/>	S	abs. farm.

<input type="checkbox"/>	A	akademik
<input type="checkbox"/>	K	člen korešpondent SAV
<input type="checkbox"/>	P	profesor
<input type="checkbox"/>	D	docent
<input type="checkbox"/>	T	DrSc.
<input type="checkbox"/>	C	CSc.
<input type="checkbox"/>	Y	PhD. MPH

4. Adresa trvalého bydliska : .....

PSČ : .....

Tel.(predvoľba): ..... Fax: .....

Mobil: ..... E-mail : .....

5. Adresa pracoviska : .....

PSČ : .....

Tel.(predvoľba): ..... Fax: .....

Mobil: ..... E-mail : .....

### II. Žiadam o rozšírenie – zrušenie členstva v týchto organizačných zložkách SLS :

- odborná spoločnosť (uviest' názov a číselný kód podľa prílohy)

.....

.....

.....

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

.....

### III. VYJADRENIE SÚHLASU

V zmysle Zák. č. 428/2002 Z. z., §6, písm. b (v znení neskorších predpisov) súhlasím s uchovávaním a ďalším spracovávaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti, ktoré môžu byť použité len na účely vyplývajúce z poslania a cieľov Slovenskej lekárskej spoločnosti po dobu môjho členstva v nej.

### IV. VYHLÁSENIE

V y h l a s u j e m, že informácie, ktoré som v prihláške uviedol/la sú pravdivé a z a v ä z u j e m sa v zmysle §11 Zák. č. 428/2002 Z.z. (v znení neskorších predpisov), 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 5263 5603, 5292 2017, 5292 2019**  
**fax: 00421 2 5263 5611**  
**e-mail: [secretarysma@ba.telecom.sk](mailto:secretarysma@ba.telecom.sk)**