### SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA

**SEKRETARIÁT,** Račianska 42/A, 831 02 Bratislava



**Ž I A D O S Ť**

**o zapísanie do zoznamu členov SLK**

Meno:

Priezvisko:

Dátum narodenia:

Registračné číslo:

Adresa trvalého pobytu (súpisné aj orientačné číslo):

Telefón:       e-mail:

Týmto žiadam o zapísanie do zoznamu členov Slovenskej lekárskej komory.

Podpisom potvrdzujem, že som bol poučený o mojich právach v súvislosti so spracúvaním osobných údajov.

Dňa :

...................................................

vlastnoručný podpis

### SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA

**Príloha č. 1**

**Údaje k vyžiadaniu výpisu z registra trestov**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno |  |
| Priezvisko |  |
| Rodné priezvisko |  |
| Pôvodné meno alebo priezvisko, ak došlo k zmene mena alebo priezviska |  |
| Číslo občianskeho preukazu |  |
| Číslo pasu (ak neuvediete číslo občianskeho preukazu) |  |
| Dátum narodenia |  |
| Rodné číslo |  |
| Miesto narodenia |  |
| Okres narodenia |  |
| Adresa trvalého pobytu |  |
| Štát narodenia (uvedie len osoba narodená v cudzine) |  |
| Štátne občianstvo |  |
| Pohlavie |  |
| Meno matky |  |
| Priezvisko matky |  |
| Rodné priezvisko matky |  |
| Meno otca |  |
| Priezvisko otca |  |
| Rodné priezvisko otca |  |

V       dňa

..........................................................

podpis žiadateľa