



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

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