

**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