



# PRIHLÁŠKA (aktualizácia údajov)

člena Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS  
(SSVPL SLS)

## I. OSOBNÉ ÚDAJE:

1. Meno a priezvisko (u žien aj rodné) :

2. Dátum narodenia/rodné číslo:

3. Tituly (vznačte v tabuľkách krížikom)

M	MUDr.
V	MVDr.
I	Ing.
N	RNDr.
J	JUDr.
L	PhDr.
H	PhMr.
F	PharmDr.

E	PaedDr.
G	Mgr.
Z	Bc.
X	iné VŠ vzdelanie
B	bez titulu
T	študent
S	abs. farm.
U	FRCP

A	akademik
K	člen korešpondent SAV
P	profesor
D	docent
T	DrSc.
C	CSc.
Y	PhD.
R	MPH

Rok a miesto promócie: ..... Absolvované atestácie (druh atestácie/rok)

Prax v odbore VL od: .....

4. Adresa trvalého bydliska : .....

.....PSČ : .....

Tel.(predvoľba): ..... Fax: .....

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

5. Názov pracoviska: **zamestnanec**  (uvedie názov a údaje zamestnávateľa), **fyzická osoba**   
(názov ambulancie, meno a priezvisko), **právnická osoba**  (názov s.r.o.)

Adresa pracoviska : .....

.....PSČ : .....

Tel.(predvoľba): ..... Fax: .....

Funkcia na pracovisku: .....

IČO:

## II. PRIHLÁŠKA

Prihlasujem sa za člena Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS.

### III. Členstvo v Slovenskej lekárskej spoločnosti:

Som členom týchto odborných spoločností a spolkov SLS:

Nie som členom Slovenskej lekárskej spoločnosti.  
(čo sa nehodí škrtnite)

### IV. VYJADRENIE SÚHLASU

1. Súhlasím s poslaním a cieľmi Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS tak ako sú definované v stanovách SSVPL SLS.
2. V zmysle §6, písm. b Zák. č. 428/2002 Z. z., (v znení neskorších predpisov) súhlasím s uchovávaním a ďalším spracovávaním mojich osobných údajov uvedených v tejto prihláške, ktoré môžu byť použité len na účely vyplývajúce z poslanca a cieľov Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS.

### V. VYHLÁSENIE

1. Vyhlásujem, že informácie, ktoré som v prihláške uviedol/uviedla sú pravdivé a z a v ä z u j e m sa v zmysle Zák. č. 428/2002 Z.z., §11 (v znení neskorších predpisov), nahlasovať SSVPL SLS všetky zmeny, aby mohla byť zaručená ich pravdivosť a aktuálnosť.
2. Vyhlásujem, že ako člen/členka Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva SLS budem dodržiavať Stanovy SSVPL SLS a ich vykonávacie predpisy

Dátum: .....

Podpis: .....

### VI. Stanovisko výboru SSVPL SLS

**schvaľuje / neschvaľuje**

Overil prezident SSVPL SLS:

.....  
dátum/ pečiatka/ podpis

### VII. Adresa pre zasielanie prihlášok:

**Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva SLS**  
**Námestie SNP 10**  
**814 66 Bratislava**

**fax: 00421 2 57887259**

**e-mail: [vpl@vpl.sk](mailto:vpl@vpl.sk)**

**web stránka: [www.vpl.sk](http://www.vpl.sk)**