**Ž I A D O S Ť**

**riadneho (individuálneho) člena Slovenskej lekárskej spoločnosti**

**ROZŠÍRENIE ČLENSTVA**

**I. OSOBNÉ ÚDAJE:**

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

2. Dátum narodenia : ..........................................

3. Titul/y (vyznačte v tabuľkách krížikom)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | M | MUDr. |  |  | E | PaedDr. |  |  | P | profesor |
|  | V | MVDr. |  |  | G | Mgr. |  |  | X | mimoriadny profesor |
|  | Ý | MDDr. |  |  | Z | Bc. |  |  | O | hosť. profesor |
|  | N | RNDr. |  |  | B | bez titulu |  |  | D | docent |
|  | J | JUDr. |  |  | T | študent |  |  | Č | Mimoriadny docent |
|  | L | PhDr. |  |  | I | Ing. |  |  | T | DrSc. |
|  | H | PhMr. |  |  | U | FRCP |  |  | C | CSc. |
|  | F | PharmDr. |  |  | Ť | FESC |  |  | Y | PhD. |
|  | Ď | MBA |  |  | Á | FACC |  |  | R | MPH |
|  | Ú | MHA |  |  | K | člen korešpondent SAV |  |  | Ž | Dr. |
|  | É | Dr.h.c. |  |  | A | akademik |  |  | Ň | FESO |

4. Adresa trvalého bydliska : ..........................................................................................................

PSČ : ................................

Tel.(predvoľba): .................................................... Fax: .............................................................

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

5. Adresa pracoviska : ....................................................................................................................

PSČ : ................................

Tel.(predvoľba): .................................................... Fax: .............................................................

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

6. Registrovaný v komore ...............................................................................................................

(uviesť úplný názov)

Registračné číslo z registra komory .........................................................

**II. Žiadam o rozšírenie** v týchto organizačných zložkách SLS :

* odborná spoločnosť *(uviesť názov a číselný kód podľa prílohy)*

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

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

* sekciu odbornej spoločnosti .......... *(uviesť názov a číselný kód podľa prílohy)*

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

**III.  SÚHLAS**

# •  S ú h l a s í m s poslaním, cieľmi a Stanovami Slovenskej lekárskej spoločnosti (ďalej len „SLS“).

# • V súlade s § 14 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, dávam slobodne a dobrovoľne súhlas Slovenskej lekárskej spoločnosti  (SLS)  a jej organizačným zložkám  so spracovaním poskytnutých osobných údajov uvedených v Prihláške za člena a v jej prílohách za účelom  plnenia poslania, cieľov a predmetu činnosti (úloh) SLS a jej organizačných zložiek po dobu  môjho členstva v SLS.

**•** Zároveň súhlasím so zverejnením osobných údajov a to môjho mena, priezviska, titulu/ov, mesta na web stránke SLS a príslušnej organizačnej zložky pre účely volieb do orgánov SLS a orgánov príslušnej organizačnej zložky, ktorej som členom a pre plnenie úloh vyplývajúcich z členstva v SLS a jej organizačných zložiek.

**•** Beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby  v oblasti spracovania osobných údajov sú upravené v § 19 až 30  zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov.

Som si vedomý/á  toho, že odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založeného na súhlase pred jeho odvolaním.

**IV. VYHLÁSENIE**

# • V y h l a s u j e m, že informácie, ktoré som v  tejto žiadosti uviedol/a sú pravdivé a  z a v ä z u j e m sa členskej evidencii SLS oznamovať všetky ďalšie zmeny, aby mohla byť zaručená ich pravdivosť a aktuálnosť.

Dátum: ............................................. Podpis: .......................................................

**Slovenská lekárska spoločnosť**

**Cukrová 3, 813 22 Bratislava**

**tel.: 00421 2 5292 2017, 5292 2019**

**fax: 00421 2 5263 5611**

**e-mail:** [horvathova@sls.sk,](mailto:secretarysma@ba.telecom.sk)[spustova@sls.sk](mailto:spustova@sls.sk)

[clenska@sls.sk](mailto:clenska@sls.sk)