

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE
Lekárska fakulta

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37, tel.: 0948 981 813, 0948 981 888, 0948 981 820

PRIHLÁŠKA NA VZDELÁVACIU AKTIVITU

NÁZOV VZDELÁVACEJ AKTIVITY: Tematický kurz - farmakoekonomika II.	
Číslo vzdelávacej aktivity: 1/0148	Dátum vzdelávacej aktivity: 13.03.2025 - 14.03.2025
Miesto konania: Bratislava - online	
Meno, priezvisko, tituly:	Rezident: áno <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
Rodné priezvisko:	
Dátum narodenia:	Rodné číslo:
Miesto narodenia:	Štát narodenia:
Štátna príslušnosť:	
Adresa trvalého bydliska:	
Ulica a číslo, mesto, PSČ:	
Kontaktná adresa (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR):	
Ulica a číslo, mesto, PSČ:	
E-mail:	Mobil:
Zaradená/ý do špecializačného štúdia v špecializačnom odbore na SZU:	Dátum zaradenia na SZU:
Zaradená/ý do certifikačnej prípravy v certifikovanej pracovnej činnosti na SZU:	Dátum zaradenia na SZU:
Zdravotnícke povolanie: <input type="checkbox"/> lekár <input type="checkbox"/> zubný lekár <input type="checkbox"/> farmaceut <input type="checkbox"/> laboratórny diagnostik <input type="checkbox"/> psychológ <input type="checkbox"/> liečebný pedagóg <input type="checkbox"/> fyzik <input type="checkbox"/> verejný zdravotník <input type="checkbox"/> iné:	
Názov zamestnávateľa:	
Pracovisko:	
Adresa pracoviska (ulica a číslo, obec, PSČ):	
Získaná špecializácia v odbore:	

V zmysle Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, týmto udeľujem Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave súhlas s uchovaním mojich osobných údajov v plnom rozsahu pre potreby spojené so štúdiom a taktiež vyhlasujem, že všetky zmeny v osobných údajoch nahlásim študijnému oddeleniu bez zbytočného odkladu (najneskôr však do troch pracovných dní, odkedy ku zmene došlo). Tento súhlas dávam na celú dobu môjho štúdia na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave a jeden kalendárny rok po skončení môjho štúdia na uvedenej univerzite. Som si vedomý, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Dátum: _____

odporúčenie zamestnávateľa
(pečiatka, podpis)

podpis účastníka