SLOVENSKÁ KOMORA ZUBNÝCH LEKÁROV

Slovenská komora zubných lekárov
Ž I A D O S Ť
o vydanie potvrdenia o nevedení v registri zubných lekárov

Vyplní žiadateľ

Priezvisko, meno, tituly (Surname, First Name, Titles)*:

……..…….....….....

Dátum narodenia (Birthdate)*:

.....

Email*:

.....

Adresa kam potvrdenie poslať (Delivery Address)*:

.....

Potvrdenie bude vydané v anglickom jazyku (The Confirmation will be issued also in English language).

K žiadosti je potrebné priložiť (To the Request is necessary to attach):

- Potvrdenie o zaplatení manipulačného poplatku vo výške 120,- € (Confirmation of paying fee) na číslo účtu (Account number): SK13 0200 0000 0020 0622 6851, BIC/SWIFT code: SUBASKBX

V …….. dňa …….

.....……..
(podpis žiadateľa, signature)

Čestne vyhlasujem, že som ukončil vzdelanie na …… v…….. ako zubný lekár. (Hereby I affirm that I graduated from ……..…….. (Name of the University) in …… (City) as a dentist.)

* Žiadateľ vyplnením osobných údajov označených hviezdičkou v žiadosti o vydanie potvrdenia o nevedení v registri zubných lekárov dáva súhlas so spracúvaním týchto osobných údajov 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 prevádzkovateľovi Slovenská komora zubných lekárov, Fibichova 14, Bratislava, IČO: 17629646, a to za účelom vydania potvrdenia o nevedení v registri zubných lekárov a skvalitnenia komunikácie. Dotknutá osoba má právo kedykoľvek odvolať súhlas so spracovaním osobných údajov. Dotknutá osoba môže súhlas odvolať rovnakým spôsobom akým súhlas udelila. Doba uchovávania osobných údajov je 20 rokov.

.....
podpis žiadateľa/signature