



# SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA

**Prezident,** Račianska 42/A, 831 02 Bratislava

MUDr. ....

.....

.....

V súvislosti s plnením úloh, stanovených SLK zákonom č. 578/2004 Z.z. si Vás zároveň dovoľujem poprosiť o podpis súhlasu dotknutej osoby, čím SLK umožníte lepšie plnenie zákonom stanovených úloh a Vašu informovanosť. Súhlas je potrebný aj na spracovanie Vašich osobných údajov v súvislosti s evidenciou kreditov a hodnotením sústavného vzdelávania.

Zašlite prosím na adresu : Slovenská lekárska komora, Račianska 42/A, 831 02 Bratislava



## SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY

MUDr. .... , ID: ..... , trvalý pobyt : .....

Ako dotknutá osoba v zmysle § 11 zákona č. 212/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov dávam svoj súhlas Slovenskej lekárskej komore so sídlom na Račianskej ul. č. 42/A, 831 02 v Bratislave na spracúvanie mojich osobných údajov, na nakladanie s nimi a s ich poskytnutím tretím osobám na vymedzený účel.

### Účel spracovávania osobných údajov:

vedenie registra lekárov, vedenie zoznamu členov, spracovávanie údajov súvisiacich so sústavným vzdelávaním, plnenie úloh stanovených Slovenskej lekárskej komore zákonom č. 578/2004 Z.z., plnenie iných úloh a výkon činnosti Slovenskej lekárskej komory.

### Zoznam osobných údajov :

Meno, priezvisko, titul, dátum narodenia, rodné číslo, údaje o vzdelaní, adresa bydliska, adresa pracoviska, údaje odbornom zameraní a rozsahu výkonu povolania, telef. číslo , e-mail .

Doba platnosti súhlasu : na dobu trvania registrácie alebo členstva v Slovenskej lekárskej komore.

Súhlas môže dotknutá osoba odvolať písomným oznámením Slovenskej lekárskej komore.

V ....., dňa .....

.....  
podpis dotknutej osoby