



Žiadosť o členstvo v SKZL

Registračné číslo :

Titul, meno, priezvisko :

Dátum narodenia :

Miesto trvalého pobytu :

Korešpondenčná adresa :

Ja dolupodpísaný(á) Vás týmto v súlade so zákonom č. 578/2004 Z.z. žiadam o zápis do zoznamu členov Slovenskej komory zubných lekárov **a zároveň čestne prehlasujem, že spĺňam podmienku bezúhonnosti a nebol som nikdy právoplatne odsúdený za trestné činy vymenované v § 38 zákona č. 578/2004 Z. z.**

.....

dátum

.....

podpis

Súhlas dotknutej osoby

v zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov
a o zmene a doplnení niektorých zákonov

pre prevádzkovateľa: Slovenská komora zubných lekárov (ďalej len „komora“), Fibichova 14, Bratislava
IČO: 17639646

Ja, podpísaná dotknutá osoba

Registračné číslo:.....

meno a priezvisko:

dátum narodenia:

telefónne číslo:.....

e-mail:

SÚHLASÍM:

1. s uvedením kontaktných údajov za účelom včasného informovania o činnosti, komory, včasného informovania o právach a povinnostiach člena komory, a v prípade zlyhania iných možností

ÁNO NIE

Môj súhlas je dobrovoľný¹ a trvá počas trvania členstva v komore.

Dátum:

.....
vlastnoručný podpis dotknutej osoby

¹ V zmysle § 14 ods. 3 zákona č. 18/2018 Z. z. Dotknutá osoba má právo kedykoľvek odvolať súhlas so spracovaním osobných údajov, ktoré sa jej týkajú. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založenom na súhlase pred jeho odvolaním; pred poskytnutím súhlasu musí byť dotknutá osoba o tejto skutočnosti informovaná. Dotknutá osoba môže súhlas odvolať rovnakým spôsobom akým súhlas udelila.