SLOVENSKÁ KOMORA ZUBNÝCH LEKÁROV
Fibichova 14
821 05 Bratislava
www.skzl.sk

IČO: 17639646
DIČ: 2021176234
IČ DPH: SK2021176234
Tel.: +421 2 4820 4072
E-mail: register@skzl.sk

Registračné číslo SKZL (vyplní SKZL).....

OZNÁMENIE ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA O REGISTRÁCII

OSOBNÉ ÚDAJE*

Titul	Meno	Priezvisko	Titul

Dátum narodenia:..... Rodné číslo:..... Štátne občianstvo:.....
**Tel. číslo/mobil:..... **e-mail:.....

ADRESY*

Trvalý pobyt:
ulica: .....; číslo: .....; PSČ: .....; mesto: .....

Prechodný pobyt:
ulica: .....; číslo: .....; PSČ: .....; mesto: .....

Korešpondenčná adresa:
□ trvalý pobyt □ prechodný pobyt □ iná (ulica, číslo, PSČ, mesto):
.....

ÚDAJE O ZDRAVOTNÍCKOM POVOLANÍ - ZUBNÝ LEKÁR

ÚDAJ O ZAMESTNÁVATEĽOVI*

Miesto výkonu zdravotníckeho povolania
Názov: .....

Ulica: .....; číslo: .....; PSČ: ....., mesto: .....

IČO: .....; DIČ: .....

Tel. číslo/mobil: .....; e-mail: .....

VZDELANIE*

Ukončené vzdelanie: .....**; Dátum ukončenia:** .....

Odborná spôsobilosť: .....

Špecializovaná prac. činnosť: .....

SLOVENSKÁ KOMORA ZUBNÝCH LEKÁROV
Fibichova 14
821 05 Bratislava
www.skzl.sk

IČO: 17639646
DIČ: 2021176234
IČ DPH: SK2021176234
Tel.: +421 2 4820 4072
E-mail: register@skzl.sk

Certifikovaná prac. činnosť: .....

Údaj o ďalšom vzdelaní: .....

Údaj o sústavnom vzdelávaní: .....

Údaj o doterajšej odbornej praxi: .....

Žiadam SKZL o zápis do registra zubných lekárov a prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé a zaväzujem sa každú zmenu údajov hlásiť do 10 dní SKZL.

V ..... dňa .....

.....
(vlastnoručný podpis)

---

* Osobné údaje zubného lekára (ďalej len „dotknutá osoba") poskytnuté v rozsahu: meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, štátne občianstvo, adresa trvalého alebo prechodného pobytu a korešpondenčná adresa, sú spracúvané Slovenskou komorou zubných lekárov, Fibichova 14, 821 05 Bratislava, IČO 17639646 (ďalej len „prevádzkovateľ"), **bez súhlasu dotknutej osoby** podľa § 13 ods. 1 písm. c) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 18/2018 Z. z.") v spojení s § 64 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Osobné údaje sú spracúvané v informačnom systéme Evidencia zubných lekárov (zverejnený na: https://www.skzl.sk/ochrana-osobnych-udajov/) za účelom vedenia registra zubných lekárov v súlade s registratúrnym plánom (100 rokov od narodenia). Prevádzkovateľ nevykonáva automatizované rozhodovanie ani profilovanie. Osobné údaje nie sú spracúvané na iný účel, ako ten, na ktorý boli získané, a sú poskytované: Ministerstvu zdravotníctva SR, Národnému centru zdravotníckych informácií, Allio Plus, s.r.o. (dodávateľ softvéru), GROUP PC TEAM s.r.o. (správa a údržba počítačovej siete). Dotknutá osoba má zachované práva podľa zákona č. 18/2018 Z. z., najmä právo na prístup k osobným údajom, na ich opravu a právo podať návrh na začatie konania na Úrade na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky, Galvaniho Business Centrum II, Galvaniho 7/B, 811 06 Bratislava, okrem práva na výmaz osobných údajov, práva namietať spracúvanie osobných údajov a práva na prenosnosť osobných údajov, pretože spracúvanie osobných údajov je nevyhnutné na splnenie zákonnej povinnosti prevádzkovateľa. Dôsledkom neposkytnutia osobných údajov je nevykonanie registrácie v registri zubných lekárov.

** Dotknutá osoba vyplnením nepovinných údajov označených symbolom ** dáva súhlas prevádzkovateľovi so spracúvaním osobných údajov podľa § 13 ods. 1 písm. a) zákona č. 18/2018 Z. z. v informačnom systéme Evidencia zubných lekárov (zverejnený na: https://www.skzl.sk/ochrana-osobnych-udajov/) za účelom skvalitnenia komunikácie v súvislosti s registráciou, informovaním o vzdelávacích podujatiach a ďalších aktivitách komory týkajúcich sa zubného lekárstva (zasielaním newslettera). Prevádzkovateľ uchováva osobné údaje v rozsahu udeleného súhlasu dotknutej osoby po dobu trvania registrácie. Prevádzkovateľ nevykonáva automatizované rozhodovanie ani profilovanie. Prevádzkovateľ nespracúva poskytnuté osobné údaje na iný účel ako ten, na ktorý boli získané a neposkytuje ich tretím stranám. Dotknutá osoba má zachované práva podľa zákona č. 18/2018 Z. z., najmä právo na prístup k osobným údajom, na ich opravu, vymazanie alebo obmedzenie spracúvania, právo namietať spracúvanie osobných údajov, právo na prenosnosť osobných údajov a právo podať návrh na začatie konania na Úrade na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky, Galvaniho Business Centrum II, Galvaniho 7/B, 811 06 Bratislava. Dotknutá osoba má právo kedykoľvek odvolať súhlas so spracúvaním osobných údajov. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založenom na súhlase pred jeho odvolaním. Dotknutá osoba môže súhlas odvolať zaslaním oznámenia na e-mailovú adresu register@skzl.sk alebo na adresu sídla prevádzkovateľa. **ÁNO - NIE (odpoveď zakrúžkujte).**

Povinné prílohy (označte tie, ktoré prikladáte):

- Osvedčená kópia údaju o získanej odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania
  (diplom v doktorskom študijnom programe zubné lekárstvo; v prípade ukončenia štúdia mimo Slovenskej republiky úradne preložený a overený diplom a rozhodnutie Ministerstva školstva, výskumu, vývoja a mládeže Slovenskej republiky o uznaní odbornej kvalifikácie; špecializačný diplom alebo certifikát mimo Slovenskej republiky – úradne preložený a overený diplom alebo certifikát a rozhodnutie o uznaní Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky;

- Potvrdenie o ďalšom vzdelávaní
  (ak je osoba zaradená do ďalšieho vzdelávania (zahŕňa špecializačné štúdium na výkon špecializovaných pracovných činností, certifikačnú prípravu na výkon certifikovaných pracovných činností), potvrdenie vydáva: 1.vzdelávacia ustanovizeň, na ktorej zdravotnícky pracovník získava odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností alebo odbornú spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností a dĺžku trvania špecializačného štúdia alebo certifikačnej prípravy a obsahuje aj dátum, odkedy sa zdravotnícky pracovník vzdeláva, názov a sídlo vzdelávacej ustanovizne, 2. poskytovateľ, u ktorého osoba vykonáva zdravotné výkony potrebné na získanie diplomu o špecializácii alebo certifikátu a obsahuje aj dátum, odkedy sa zdravotnícky pracovník vzdeláva, názov a sídlo poskytovateľa);

- Osvedčená kópia údaju o doterajšej odbornej praxi/pracovná zmluva/potvrdenie od zamestnávateľa
  (zdravotnícky pracovník v prípade výkonu zdravotníckeho povolania v Slovenskej republike predkladá zoznam zamestnávateľov alebo iný spôsob výkonu odbornej praxe; zdravotnícky pracovník v prípade výkonu zdravotníckeho povolania mimo Slovenskej republiky predkladá doklad o odbornej praxi (doklady zo zahraničia musia byť overené a preložené do slovenského jazyka), napríklad pracovnú knižku, potvrdenia od zamestnávateľa alebo čestné prehlásenie.

- Doklad o zaplatení registračného poplatku vo výške 13,-€ (úhrada je možná len bankovým prevodom)
  Údaje k platbe:
  číslo účtu: SK13 0200 0000 0020 0622 6851
  VS: dátum narodenia (DDMMRRRR)
  Poznámka: meno a priezvisko

- Fotokópia „povolenia na pobyt"
  (dokladajú len cudzinci).

Oznámenie zdravotníckeho pracovníka o registrácii spolu s prílohami zaslať na:
Slovenská komora zubných lekárov
Fibichova 14
821 05 Bratislava