



LEKARNIŠKA
ZBORNICA
SLOVENIJE

SLOVENE
CHAMBER
OF PHARMACY

Vojkova cesta 48
1000 LJUBLJANA, SLOVENIJA
tel: +386 1 280 65 50
fax: +386 1 280 65 61
mail: tajnistvo@lek-zbor.si
www.lzs.si

VLOGA ZA VPIS V REGISTER FARMACEVTSKIH STROKOVNIH DELAVCEV PRI IZVAJALCU LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI

Ime: _____

Priimek: _____

Kraj in datum rojstva: _____ EMŠO: _____

Državljanstvo: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Naslov začasnega prebivališča: _____

E-pošta: _____ Telefon: _____

Zaposlen/a v/pri (naslov in telefon): _____

Delovno mesto: _____

Podatki o zaključenem izobraževanju

Izobraževalna institucija: _____

Številka listine: _____ Datum in kraj izdaje: _____

Pridobljen naziv izobrazbe: _____

Pridobljena specializacija (vrsta in datum): _____

Pridobljena dodatna specialna znanja (vrsta in datum): _____

Pridobljeni znanstveni naslovi (vrsta in datum): _____

Pridobljeni strokovni naslovi (vrsta in datum): _____

Pridobljena pedagoški nazivi (vrsta in datum): _____

Strokovni izpit

Številka dokumenta: _____ Datum in kraj: _____

Organizacija kjer ste opravljali strokovni izpit: _____

Priznana poklicna kvalifikacija (če kvalifikacija ni bila pridobljena v Republiki Sloveniji) DA NE

Licenca podeljena DA NE

Uveljavljam pravico do ugovora vesti DA NE

Podatki o članstvu v domačih in tujih strokovnih združenjih

Potrdilo o nekaznovanosti DA NE

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

Izjavljam, da so navedeni podatki v vlogi za vpis v register resnični, točni in popolni. Lekarniški zbornici Slovenije dovoljujem, da lahko po uradni dolžnosti preveri točnost ter kjer je potrebno, tudi pridobi podatke iz uradnih evidenc oziroma za potrebe upravnega postopka razpolaga z osebnimi podatki ter kopijo osebne izkaznice oziroma potnega lista. Za svoje izjave prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost.

S podpisom te vloge dovoljujem, da Lekarniška zbornica Slovenije pridobi potrdilo o nekaznovanosti iz uradnih evidenc po uradni dolžnosti.