

До Фармацевтска Комора на Македонија

Комисија за издавање , обновување, продолжување  
и одземање на лиценца за работа

### БАРАЊЕ

#### за повторно стекнување со лиценца за работа

Име, име на родител и презиме: \_\_\_\_\_

Матичен број: \_\_\_\_\_

Регистарски број на лиценца: \_\_\_\_\_

Број на досие: \_\_\_\_\_

Адреса (улица, број, место на живеење): \_\_\_\_\_

Телефон за контакт: \_\_\_\_\_

Електронска адреса за контакт: \_\_\_\_\_

Барам да ме спроведете во постапка за повторно стекнување со лиценца за работа.

Датум

Потпис

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Личните податоци наведени во барањето задолжително се пополнуваат, во спротивно, фармацевтот самиот ги сноси последиците кои произлегуваат од соодветни законски прописи.

За веродостојноста на податоците во барањето подносителот сноси одговорност согласно позитивните законски прописи.

Фармацевтите се должни да ги пријават сите промени на податоците што ги наведуваат во барањето во рок од 15 дена од настанатата промена.

Субјектот на личните податоци наведени во барањето има право на пристап до личните податоци.

Податоците наведени во барањето ќе се користат за Регистарот на членовите на Комората, Регистарот на здравствени работници и Регистарот на издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци за работа согласно Законот за здравствената заштита (Сл. Весник на РМ бр. 43/12).

Субјектот на личните податоци има право да бара од Контролорот личните податоци да ги дополни, измени, избрише или да го сопре користењето на податоците, ако податоците се нецелосни, неточни или неажурирани и доколку нивната обработка не е во согласност со Законот за заштита на личните податоци.

Фармацевтска Комора на Македонија, Ул. 50-та Дивизија бр. 34, Скопје