

До Фармацевтска Комора на Македонија

БАРАЊЕ ЗА ИЗДАВАЊЕ НА ЛИЦЕНЦА ЗА РАБОТА

Име, име на родител и презиме: _____

Матичен број: _____

Адреса: _____

(улица, број, град/место на живеење)

Вработен/а во: _____

Телефон за контакт: _____

Електронска адреса за контакт: _____

Барам да ми се издаде лиценца за работа, во прилог доставувам:

1. Фотокопија од уверение за завршен фармацевтски факултет,
2. Фотокопија од уверение за положен стручен испит,
3. При промена на презиме – доказ за промената;

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 спре 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