

До Фармацевтска Комора на Македонија

БАРАЊЕ

за издавање на потврда

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: _____

Молам да ми се издаде потврда _____

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