

До Фармацевтска Комора на Македонија

БАРАЊЕ ЗА ОБНОВУВАЊЕ 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 обнови лиценцата за работа,

во прилог ги доставувам следните докази:

- **Фотокопија од лиценца;**
- **Доказ за континуирана едукација - сертификати;**
- **Доказ за работа во дејноста (од Агенција за вработување - преглед на пријави / одјави во задолжително осигурување) за периодот на важење на лиценцата;**
- **При промена на презиме - доказ за промената (венчаница, решение и сл..)**
- **Фотокопија од уплатница со надомест од 3.000 денари на жиро сметка 200000011953884, Стопанска Банка АД Скопје**

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