

Priloga 1

Lekarniška zbornica Slovenije
Vojkova 48
1000 Ljubljana

VLOGA ZA IZDAJO LICENCE

Ime: _____

Priimek: _____ Dekliški priimek: _____

Kraj in datum rojstva: _____ EMŠO št. _____

Državljanstvo: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Naslov začasnega prebivališča: _____

E-pošta: _____

Telefon: _____

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

Delovno mesto: _____

Vpisan v register pri Lekarniški zbornici Slovenije (št. in datum odločbe o vpisu):

Strokovno uvajanje

Datum začetka: _____ Datum zaključka: _____

Pod nadzorom magistra farmacije (ime in priimek): _____

Izvajalec lekarniške dejavnosti, kjer je potekalo opravljanje strokovnega uvajanja:

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

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

Izjavljam, da so navedeni podatki v vlogi za izdajo licence resnični, točni in popolni. Lekarniški zbornici Slovenije dovoljujem, da lahko po uradni dolžnosti preveri točnost in, 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, ki se lahko hrani do izdaje upravne odločbe.

Priloge (navedite):