

Priloga 2

Lekarniška zbornica Slovenije
Vojkova 48
1000 Ljubljana

VLOGA ZA PODALJŠANJE 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):
_____**Podatki o licenci**

Odločba o podelitvi licence (številka in datum): _____

Odločba o podaljšanju licence (številka in datum): _____

Dokazila o strokovni usposobljenosti

Doseženo število točk v licenčnem obdobju: _____

Opravljenе obvezne vsebine DA NEOpombe:

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

Izjavljam, da so navedeni podatki v vlogi za podaljšanje licence resnični, točni in popolni. Lekarniški zbornici Slovenije dovoljujem, da lahko po uradni dolžnosti preveri točnost ter 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):