

Žiadosť o vydanie elektronického preukazu zdravotníckeho pracovníka

Elektronický preukaz zdravotníckeho pracovníka používa zdravotnícky pracovník na svoju identifikáciu, autentifikáciu a autorizáciu v národnom zdravotníckom informačnom systéme.

Číslo žiadosti:

I. Žiadateľ:

Meno: Rodné priezvisko:
Priezvisko: Dátum narodenia:
Titul: Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu

Ulica: Súpisné/orientačné číslo:
Obec: PSČ:
Obec zahraničie: Krajina:

Adresa prechodného pobytu ¹⁾

Ulica: Súpisné/orientačné číslo:
Obec: PSČ:

Adresa doručenia ePZP a iných písomností na území SR

Ulica: Súpisné/orientačné číslo:
Obec: PSČ:

Tel. číslo: Email:

Stavovská organizácia:

Registračné číslo:

Povolanie zdravotníckeho pracovníka:

II. Žiadosť o elektronický preukaz zdravotníckeho pracovníka

Žiadam týmto Národné centrum zdravotníckych informácií o vydanie elektronického preukazu zdravotníckeho pracovníka.

Potvrdzujem týmto, že všetky údaje, ktoré som uviedol v žiadosti o elektronický preukaz zdravotníckeho pracovníka, sú pravdivé a použil som ich oprávnenne. Zároveň beriem na vedomie, že plne zodpovedám za uvedenie nepravdivých údajov, prípadne za poškodenie práv tretích subjektov neoprávneným použitím cudzieho vlastníctva (napr. adresa elektronickej pošty a pod.).

V _____ dňa _____

Podpis zdravotníckeho pracovníka

¹⁾ Adresa prechodného pobytu, ak má zdravotnícky pracovník na území Slovenskej republiky prechodný pobyt.

V prípade nejasností alebo informácií týkajúcich sa vydávania elektronického preukazu zdravotníckeho pracovníka kontaktuje Call Centrum Národného centra zdravotníckych informácií na tel. čísle 02/32 353 030.