

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

Lekárska fakulta Ústav farmácie

PRIHLÁŠKA

Školenie pre zamestnancov, ktorí pri svojej práci prichádzajú do styku s omamnými a psychotropnými látkami a s prípravkami s ich obsahom

Meno: _____ Priezvisko: _____ Titul: _____

Rodné číslo: _____

Dátum narodenia: _____ Miesto narodenia: _____

Bydlisko: _____ PSČ: _____

Kontakt (telefón, e-mail): _____

Adresa pracoviska: _____

Vzdelanie (škola): _____

Činnosť, na ktorú má zamestnávateľ povolenie na zaobchádzanie s OPL:

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> výroba | <input type="checkbox"/> veľkodistribúcia | <input type="checkbox"/> preprava, dovoz, vývoz, tranzit | <input type="checkbox"/> expertízna činnosť |
| <input type="checkbox"/> pestovanie | <input type="checkbox"/> výskum, výučba | <input type="checkbox"/> spracovanie maku/ konopy | <input type="checkbox"/> nakladanie s odpadmi |

Osvedčenie žiadam vydať na:

- zaobchádzanie s OPL II. a III. skupiny a s prípravkami s ich obsahom
- zaobchádzanie s OPL I. skupiny
- pestovanie konopy
- pestovanie maku
- iné :

V súlade so zákonom č. 122/2013 Z .z. **súhlasím** so spracovaním mojich osobných údajov v informačnom systéme Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave za účelom a v rozsahu potrebnom k spracovaniu osobných údajov v súvislosti so školením pre zamestnancov, ktorí pri svojej práci prichádzajú do styku s omamnými a psychotropnými látkami a s prípravkami s ich obsahom.

Dátum _____

Podpis zamestnanca

Odporúčanie zamestnávateľa:

Podpis

Pečiatka