

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*:

*Vypĺňa NCZI

Dôvod podania 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.