



PRIHLÁŠKA za člena Asociácie súkromných lekárov SR (ASL SR)

IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE (*vyplniť v prípade s.r.o., alebo inej právnickej osoby)
(**odbornosť, počet lekárov a miesto výkonu môžete doplniť aj na osobitnú listinu s podpisom)

Názov spoločnosti *			
Meno, priezvisko, titul			
Sídlo			
Korešpondenčná adresa			
IČO		DIČ	
Odbornosti a počet lekárov **			
Miesto výkonu praxe *			
E-mail			
Tel. č. mobil		Tel. č. amb.	

PRIHLASUJEM SA za člena ASL SR a prehlasujem, že súhlasím s účelom a predmetom činnosti ASL SR.

Ako dotknutá osoba bez výhrad súhlasím so spracovávaním osobných údajov uvedených v tejto žiadosti. Svoj súhlas udeľujem na dobu neurčitú pre ASL SR na účely evidencie tejto prihlášky, evidencie môjho členstva, ako aj činnosti súvisiacej s naplnením účelu a predmetu pôsobenia ASL SR

Miesto, dátum, podpis

.....

**Asociácia súkromných lekárov
Slovenskej republiky**

Vazovova 9/B

811 07 Bratislava

IČO: 35 605 464 DIČ:2020985824

Bankové spojenie: VÚB, a.s., IBAN: SK98 0200 0000 0024 8189 5958

Tel.: +421/2/5263 2135

e-mail: aslsr@aslsr.sk

www.aslsr.sk