**P R I H L Á Š K A**

**za riadneho (individuálneho) člena**

**Slovenská kooperatívna skupina**

**pre nádory hlavy a krku, o. z.**

**I. OSOBNÉ ÚDAJE:**

1. Meno a priezvisko (u žien aj rodné) : .....................................................................................

2. Dátum narodenia : ..........................................

3. Tituly (vyznačte v tabuľkách krížikom)

|  | MUDr. |  |  | PaedDr. |  |  | akademik |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MVDr. |  |  | Mgr. |  |  | člen korešpondent SAV |
|  | Ing. |  |  | Bc. |  |  | profesor |
|  | RNDr. |  |  | iné VŠ vzdelanie |  |  | docent |
|  | JUDr. |  |  | bez titulu |  |  | DrSc. |
|  | PhDr. |  |  | študent |  |  | CSc. |
|  | PhMr. |  |  | abs. farm. |  |  | PhD. |
|  | PharmDr. |  |  | FRCP |  |  | MPH |

4. Odborná špecializácia (vyznačte v tabuľkách krížikom) :

|  | ORL |
| --- | --- |
|  | Maxilofaciálna chirurgia |
|  | Radiačná onkológia |
|  | Klinická onkológia |
|  | Iná: |
|  | Bez špecializácie |

5. Adresa trvalého bydliska : ..........................................................................................................

PSČ : ................................

Tel.(predvoľba): .................................................... Fax: .............................................................

Mobil: ............................................................... E-mail : ........................................................

6. Adresa pracoviska : ....................................................................................................................

PSČ : ................................

Tel.(predvoľba): .................................................... Fax: .............................................................

Mobil: ............................................................... E-mail : ........................................................

Funkcia na pracovisku: ...................................... Odborné zameranie: ......................................

Rok a miesto promócie: ....................................

**II. PROCES REGISTRÁCIE**

Po doručení prihlášky osobne alebo poštou na nižšie uvedenú adresu, Vás kontaktujeme mailom, kde uvedieme číslo účtu, na ktorý bude potrebné uhradiť registračný poplatok 30 eur, ktorý už zahŕňa registračný poplatok na nasledujúce stretnutie kooperatívnej skupiny. Potvrdenie o zaplatení posielajte priamo na nižšie uvedenú adresu alebo pomocou skenu na sebekova@vou.sk.

**III. VYJADRENIE SÚHLASU**

1. S ú h l a s í m s poslaním a cieľmi Slovenskej kooperatívnej skupiny pre nádory hlavy a krku, o. z. .
2. V zmysle §6, písm. b Zák. č. 428/2002 Z. z., (v znení neskorších predpisov) súhlasím s uchovávaním a ďalším spracovávaním mojich osobných údajov uvedených v tejto prihláške, ktoré môžu byť použité len na účely vyplývajúce z poslania a cieľov Slovenskej kooperatívnej skupiny pre nádory hlavy a krku, o. z. po dobu môjho členstva v nej.

**IV. VYHLÁSENIE**

1. V y h l a s u j e m, že informácie, ktoré som v prihláške uviedol/la sú pravdivé a  z a v ä z u j e m sa v zmysle Zák. č. 428/2002 Z.z., §11 (v znení neskorších predpisov), členskej evidencii Slovenskej kooperatívnej skupiny pre nádory hlavy a krku, o. z. nahlasovať všetky zmeny, aby mohla byť zaručená ich pravdivosť a aktuálnosť.
2. V y h l a s u j e m, že ako člen/ka Slovenskej kooperatívnej skupiny pre nádory hlavy a krku, o. z. budem dodržiavať Stanovy Slovenskej kooperatívnej skupiny pre nádory hlavy a krku, o. z. a ich vykonávacie predpisy

Dátum: ............................................. Podpis: .......................................................

**V. Adresa pre zasielanie prihlášok:**

sekretariát Oddelenia radiačnej onkológie  
Východoslovenský onkologický ústav, a.s.

Rastislavova 43

041 91   Košice

tel.: 055/6135 502

mail.: sekretariat.ro@vou.sk