

Miestny úrad mestskej časti Bratislava-Staré Mesto  
Vajanského nábrežie 3  
814 21 Bratislava

## Žiadosť o vydanie záväzného stanoviska k povoleniu na zaobchádzanie s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami

**Žiadateľ:**

Obchodné meno/ meno a priezvisko:

Sídlo/ trvalý pobyt:

IČO:

**Odborný zástupca<sup>1</sup>:**

Meno a priezvisko:

Trvalý pobyt:

**Predmet činnosti:**

**Miesto činnosti:**

**Prevádzka:**

Názov:

Adresa:

**Prílohy:**

1. povolenie na poskytovanie lekárenskej starostlivosti podľa osobitného predpisu<sup>2</sup>.

**Súhlasím so spracovaním osobných údajov a beriem na vedomie poskytnuté informácie v súvislosti so spracovaním osobných údajov<sup>3</sup>**

Súhlasím so spracovaním mnou poskytnutých osobných údajov na tomto tlačive a jeho prílohách v informačnom systéme prevádzkovateľa: mestskej časti Bratislava-Staré Mesto, Vajanského nábrežie 3, 814 21 Bratislava, IČO: 603147, pre účely vydania záväzného stanoviska obce k začatiu činnosti podľa zákona č.362/2011 Z.z. Zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Právnym základom spracúvania osobných údajov je osobitný zákon a súhlas so spracovaním osobných údajov. Doba poskytnutia tohto súhlasu je 12 rokov. Poskytovanie osobných údajov je zákonnou požiadavkou. Som si vedomý/á, že takto poskytnutý súhlas som oprávnený/á písomne kedykoľvek odvolať, som si vedomý/á práva požadovať od prevádzkovateľa prístup k osobným údajom týkajúcich sa dotknutej osoby, o práve na opravu osobných údajov, o práve na vymazanie osobných údajov alebo o práve na obmedzenie spracúvania osobných údajov, o práve namietať spracúvanie osobných údajov, ako aj o práve na prenosnosť osobných údajov a práve podať návrh na začatie konania podľa § 100 zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v zmysle vzoru uverejneného na webovom sídle Úradu na ochranu osobných údajov SR. Prehlasujem, že údaje o mojej osobe, ktoré som v tomto formulári a v prílohách poskytol/poskytla sú pravdivé. Zároveň som bol informovaný/á o kontaktných údajoch na zodpovedné osoby prevádzkovateľa.

V Bratislave, dňa:

.....  
podpis

<sup>1</sup> Vyplniť v prípade, že žiadateľom je právnická osoba.

<sup>2</sup> Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

<sup>3</sup> vyplní len fyzická osoba v zmysle § 7 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov