

## ŽIADOSŤ O POVOLENIE ÚČASTI TRETÍCH OSÔB<sup>1</sup> PRI OPERAČNOM VÝKONE ZA ÚČELOM ZVYŠOVANIA ODBORNEJ KVALIFIKÁCIE

**Identifikačné údaje hlavného žiadateľa:** (meno a priezvisko zdravotníckeho pracovníka – telefonický a emailový kontakt alebo obchodných názov spoločnosti, adresa, IČO, telefonický a emailový kontakt)

.....  
.....

**Zoznam zdravotníckych pracovníkov, ktorí majú záujem o účasť pri operačnom výkone:**

Meno a priezvisko	Kód	Telefonický kontakt

**Názov alebo typ operačného výkonu:** .....

**Dátum operačného výkonu:** .....

**Meno a priezvisko lekára, ktorý má daný operačný výkon vykonať:** .....

Žiadateľ týmto berie na vedomie a súhlasí, že všetky osoby s povolenou účasťou pri operačnom výkone sú viazané povinnosťou mlčanlivosti podľa § 11 ods. 9 písm. f), § 18 ods. 3 a § 49 zákona o zdravotnej starostlivosti č. 576/2004 Z. z. O tejto povinnosti je povinný informovať aj dotknuté osoby.

Žiadateľ týmto udeľuje súhlas so spracúvaním osobných údajov dotknutých osôb za účelom účasti daných osôb pri operačnom výkone, ktorého cieľom je zvyšovanie kvalifikácie dotknutých osôb. Za týmto účelom je povinný vykonať všetky potrebné úkony vo vzťahu k dotknutým osobám.

Žiadateľ ako aj dotknuté osoby týmto berú na vedomie a súhlasia, že všetky osoby s povolenou účasťou pri operačnom výkone sú povinné okrem iného chrániť a spracúvať osobné údaje v súlade so všeobecným nariadením o ochrane osobných údajov a príslušnými právnymi predpismi. V prípade akéhokoľvek incidentu je zadávateľ povinný kontaktovať zodpovednú osobu za ochranu osobných údajov na [dpo@agel.sk](mailto:dpo@agel.sk)

**Dátum spracovania žiadosti** ..... **Podpis hlavného žiadateľa:** .....

<sup>1</sup> zdravotnícky pracovník, ktorý nemá pracovno-právny vzťah v Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s.

**Stanovisko Generálneho riaditeľa: súhlasím / nesúhlasím\*** .....

Dátum a podpis: .....

**Stanovisko primára/prednostu dotknutého chirurgického pracoviska: súhlasím / nesúhlasím\***

Dátum a podpis: .....

**Stanovisko lekára – garanta operačného výkonu: súhlasím / nesúhlasím\***

Dátum a podpis: .....

**Stanovisko Primára operačného centra: súhlasím / nesúhlasím\***

Dátum a podpis: .....

\*nehodiace sa preškrtnúť