

## POOBLASTILO

\_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_ v \_\_\_\_\_, EMŠO: \_\_\_\_\_,  
(ime in priimek)

v okviru pravice do seznanitve z lastnimi osebnimi podatki pooblaščam Lekarniško zbornico Slovenije, da za potrebe vpisa v register farmacevtskih strokovnih delavcev in vodenja registra oziroma ugotavljanja izpolnjevanja pogojev za podelitev licence v mojem imenu pridobi potrdilo iz kazenske evidence za fizične osebe Ministrstva za pravosodje.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(lastnoročni podpis)