

Vec:

- Žiadosť o zrušenie registrácie**
- Žiadosť o zrušenie licencie**

Dolu podpísaný/á

Titul, meno, priezvisko :

Dátum narodenia :

Miesto trvalého pobytu :

Miesto prechodného pobytu (ak je miesto trvalého pobytu mimo územia SR)

:

Registračné číslo :

Telefónny kontakt :

E - mail :

v súlade ustanoveniami zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov /ďalej len „Zákon“/

- podľa § 63b Zákona žiadam o zrušenie registrácie v registri zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú povolanie farmaceutav súvislosti s ukončením výkonu zdravotníckeho povolania
- podľa § 74 ods. 1 písm. a) Zákona žiadam o zrušenie licencie
 - na výkon zdravotníckeho povolania zdravotníckym pracovníkom v povolaní farmaceut, ktorej som držiteľom, v celom rozsahu,
 - na výkon činnosti odborného zástupcu zdravotníckym pracovníkom v povolaní farmaceut, ktorej som držiteľom, v celom rozsahu.

a súčasne predkladám Slovenskej lekárskej komore v prílohe osvedčené kópie dokladov preukazujúce vyššie uvedené skutočnosti.

V dňa 201.....

.....
/vlastnoručný podpis/

Povinné prílohy - osvedčené kópie

- potvrdenie zamestnávateľa obsahujúce názov zamestnávateľa, sídlo zamestnávateľa, IČO zamestnávateľa, dátum zániku pracovnoprávneho resp. obdobného pracovného vzťahu, pečiatka, dátum a miesto vydania potvrdenia, podpis osoby oprávnenej konať v mene zamestnávateľa