

Slovenská lekárnická komora

Nová Rožňavská 3

831 04 Bratislava

Vec: Žiadosť o vyčiarknutie zo zoznamu členov Slovenskej lekárnickej komory

V súlade s § 51 ods. 2 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov Vás dolu podpísaný/á

Titul, meno, priezvisko :

Dátum narodenia :

Registračné číslo v Registri zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie farmaceut (ak je žiadateľ v registri zapísaný) :

žiadam o vyčiarknutie zo Zoznamu členov Slovenskej lekárnickej komory.

Dôvod (*nepovinný údaj*) :

V dňa201 ..

.....
/vlastnoručný podpis/