

Slovenská lekárnická komora

Nová Rožňavská 3

831 04 Bratislava

Vec: Žiadosť o vyčiarknutie zo zoznamu členov Slovenskej lekárskej 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 :

Trvalé bytom :

Telefónny kontakt :

E – mail :

Žiadam o vyčiarknutie zo Zoznamu členov Slovenskej lekárskej komory.

Dôvod (*nepovinný údaj*) :

V dňa

.....
/vlastnoručný podpis/