

Slovenská lekárnická komora
Nová Rožňavská 3
831 04 Bratislava

Vec: Vzdanie sa odvolania proti rozhodnutiu a žiadosť o vyznačenie právoplatnosti rozhodnutia

Dolu podpísaná/ý sa týmto
vzdávam práva odvolania sa proti Rozhodnutiu Slovenskej lekárskej komory
č. zo dňa /ďalej
len „Rozhodnutie“/ a zároveň žiadam o vyznačenie právoplatnosti Rozhodnutia.

V dňa

.....
/vlastnoručný podpis/