

**Vec: 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 § 74 ods. 1 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 /ďalej len „Zákon“/ žiadam o zrušenie licencie<sup>1</sup>

na výkon zdravotníckeho povolania zdravotníckym pracovníkom v povolani farmaceut, ktorej som držiteľom, v celom rozsahu

na výkon činnosti odborného zástupcu zdravotníckym pracovníkom v povolani farmaceut, ktorej som držiteľom, v celom rozsahu

z dôvodu, že som ukončil/a výkon činností s ktorými je držba licencie spojená.

V ..... dňa .....

.....

/vlastnoručný podpis/

---

<sup>1</sup> Vyznačte križikom