

Vec: Žiadosť o zrušenie registrácie

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 § 63b 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 registrácie v registri zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú povolanie farmaceuta v súvislosti s ukončením výkonu zdravotníckeho povolania a súčasne predkladám v prílohe doklad preukazujúci vyššie uvedené.

V dňa

.....
/vlastnoručný podpis/

Povinná príloha:

- originál alebo osvedčená kópia** potvrdenia zamestnávateľa o ukončení pracovného pomeru (obsahujúce názov zamestnávateľa, sídlo zamestnávateľa, IČO zamestnávateľa, dátum zániku pracovnoprávneho resp. obdobného pracovného vzťahu, pracovné zaradenie (funkcia), pečiatku, dátum a miesto vydania potvrdenia, podpis osoby oprávnenej konať v mene zamestnávateľa).