

**Slovenská lekárnická komora**

Nová Rožňavská 3

831 04 Bratislava

V ..... dňa .....

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

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

.....

/vlastnoručný podpis/