

Vec: Žiadosť o dočasné pozastavenie 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 :

Telefónne číslo :

E – mail :

v súlade § 73 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 dočasné pozastavenie licencie¹

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

na obdobie do².

V dňa

.....
/vlastnoručný podpis/

¹ Vyznačte krížikom

² Najviac na jeden rok odo dňa právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení licencie