

**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 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

na obdobie do .....<sup>2</sup>.

V ..... dňa ..... 2019

.....  
/vlastnoručný podpis/

---

<sup>1</sup> Vyznačte krížikom

<sup>2</sup> Najviac na jeden rok odo dňa právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení licencie