

**Slovenská lekárnická komora**

Nová Rožňavská 3

831 04 Bratislava

**Vec: Žiadosť o vyčiarknutie zo zoznamu členov Slovenskej lekárskej komory**

V súlade s § 51 ods. 2 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 Vás dolu podpísaný/á

Titul, meno, priezvisko : .....

Dátum narodenia : .....

Registračné číslo : .....

Trvalé bytom : .....

Telefónny kontakt : .....

E – mail : .....

**Žiadam o vyčiarknutie zo Zoznamu členov Slovenskej lekárskej komory.**

Dôvod (*nepovinný údaj*) : .....

V ..... dňa .....2019

.....  
/vlastnoručný podpis/