

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 :

Trvale bytom :

Telefonický kontakt :

E - mail :

žiadam o vyčiarknutie zo Zoznamu členov Slovenskej lekárskej komory.

Dôvod (*nepovinný údaj*) :

V dňa

.....

/vlastnoručný podpis/