



# SLOVENSÁ LEKÁRSKA KOMORA

Račianska 42/A, 831 02 Bratislava

## Ja, dolu podpísaná / ný:

MUDr. \_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_ Registračné číslo: \_\_\_\_\_

Bytom: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Tel. č.: \_\_\_\_\_, E – mail: \_\_\_\_\_

## Týmto žiadam o:

( Požadované označiť X; )

Zrušenie registrácie

Svojím podpisom potvrdzujem že v súvislosti so zrušením registrácie žiadam aj o zrušenie licencie/licencií, ktorej/ktorých som držiteľom v celom rozsahu.

-----  
Vlastnoručný podpis

Dočasné pozastavenie registrácie

Svojím podpisom potvrdzujem že v súvislosti s dočasným pozastavením registrácie žiadam aj o dočasné pozastavenie licencie/licencií, ktorej/ktorých som držiteľom v celom rozsahu.

-----  
Vlastnoručný podpis

Zrušenie licencie ( uviesť druh licencie, číslo, deň vydania licencie a rozsah zrušenia – v celom rozsahu alebo konkrétny špecializačný odbor / certifikovaná pracovná činnosť )

**Dočasné pozastavenie licencie ( uviest' druh licencie, číslo, deň vydania licencie a rozsah zrušenia – v celom rozsahu alebo konkrétny špecializačný odbor / certifikovaná pracovná činnosť)**

---

**Dôvod žiadosti:**

**A, Nevykonávanie lekárskeho povolania od:** \_\_\_\_\_

**B, Pobyť v zahraničí od:** \_\_\_\_\_

**C, Nepracujúci dôchodca od:** \_\_\_\_\_

**D, Nezamestnaný od:** \_\_\_\_\_

**E, Dlhodobá PN od:** \_\_\_\_\_

**F, Materská / rodičovská dovolenka od:** \_\_\_\_\_

**G, Iný dôvod (uviest')**  
**od:** \_\_\_\_\_

**V** \_\_\_\_\_ **Dňa:** \_\_\_\_\_

---

**Vlastnoručný podpis**