



SLOVENSÁ LEKÁRSKA KOMORA

Račianska 42/A, 831 02 Bratislava

Všeobecná žiadosť

Dolupodpísaný/á :

MUDr.,

Dátum narodenia Registračné číslo,

trvale bytom,

telefón : e-mail :,

vás týmto žiadam o :

(prosím zaškrtnite značkou: X o čo konkrétne žiadate, pokiaľ žiadate o všetky možnosti, treba zaškrtnúť všetko)

zrušenie registrácie (Ak ste držiteľom licencií je potrebné zaškrtnúť aj zrušenie licencie. V opačnom prípade vám bude začaté správne konanie na zrušenie všetkých licencií v celom rozsahu)

dočasné pozastavenie registrácie (Ak ste držiteľom licencií je potrebné zaškrtnúť aj pozastavenie licencie. V opačnom prípade vám bude začaté správne konanie na pozastavenie všetkých licencií v celom rozsahu)

zrušenie licencie (treba uviesť druh licencie, číslo, deň vydania licencie a rozsah zrušenia – v celom rozsahu alebo v konkrétnom špecializačnom odbore/certifikovanej pracovnej činnosti)

.....

dočasné pozastavenie licencie (uviesť druh licencie, číslo, deň vydania licencie a rozsah dočasného pozastavenia – v celom rozsahu alebo v konkrétnom špecializačnom odbore/certifikovanej pracovnej činnosti) :

.....

Dôvod:

nevykonávanie lekárskeho povolania od

BANKOVÉ SPOJENIE : VÚB č. účtu : 2154624456 / 0200 IČO : 17313317

tel.: 02 / 4911 4303 , 4300 , fax: 4301 E-mail : register@lekom.sk

- zahraničie od**
- nepracujúci dôchodca od**
- nezamestnaný od**
- dlhodobá PN od**
- materská/rodičovská dovolenka od**
- iný (uved'te) od**

Dňa :

.....
vlastnoručný podpis