



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 (uviest' 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