



# Žiadosť o zrušenie licencie

## Dolu podpísaný/á

Titul, meno, priezvisko : .....

Dátum narodenia : .....

Miesto trvalého pobytu : .....

Miesto prechodného pobytu (ak je miesto trvalého pobytu mimo územia SR) : .....

Registračné číslo : .....

Telefónny kontakt : .....

E-mail : .....

**Žiadam o zrušenie licencie** /vyznačte v príslušnom rámečku krížikom, ktorej licencie sa Vaše oznámenie týka/

- na výkon samostatnej zdravotníckej praxe (L1A) č. ....
- na výkon zdravotníckeho povolania (L1B) č. ....
- na výkon činnosti odborného zástupcu (L1C) č. ....

v zmysle § 74 ods. 1 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 v znení neskorších predpisov.

V ..... dňa .....

.....

/vlastnoručný podpis/

**Žiadosť o zrušenie licencie sa zasiela na adresu:**

Slovenská komora zubných lekárov  
Fibichova 14  
821 05 Bratislava