



# Žiadosť o zrušenie registrácie

Zrušením registrácie zaniká nielen možnosť výkonu zdravotníckeho povolania zubný lekár, ale aj Vaša povinnosť sústavne sa vzdelávať. Zrušením registrácie prestáva žiadateľ súčasne spĺňať podmienku, na základe ktorej mu bola podľa § 69 ods. 1 písm. e) zákona č. 578/2004 Z. z. vydaná licencia.

## 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 : .....

Podľa § 63b 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 žiadam o **zrušenie registrácie ku dňu .....** v registri zdravotníckych pracovníkov, ktorý vykonávajú povolanie zubný lekár v súvislosti s ukončením výkonu zdravotníckeho povolania.

Súčasne žiadam Slovenskú komoru zubných lekárov o /vyznačte v príslušnom rámečku krížikov X/:

- zrušenie členstva
- zrušenie licencie na výkon zdravotníckeho povolania č. ....
- zrušenie licencie na výkon činnosti odborného zástupcu č. ....
- zrušenie licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe č. ....

Ak je žiadateľ o zrušenie registrácie aj držiteľom licencie, je povinný požiadať aj o zrušenie všetkých licencií, ktorých je držiteľom. V opačnom prípade bude voči nemu začaté správne konanie o ich zrušení z úradnej moci.

V ..... dňa .....

.....  
/vlastnoručný podpis/

## Žiadosť o zrušenie registrácie zaslať na:

Slovenská komora zubných lekárov  
Fibichova 14  
821 05 Bratislava