



# Žiadosť o vyčiarknutie zo zoznamu členov

**Registračné číslo** : .....

Titul, meno, priezvisko : .....

Dátum narodenia : .....

Miesto trvalého pobytu : .....

Korešpondenčná adresa : .....

Ja dolupodpísaný(á) Vás týmto v súlade so zákonom č. 578/2004 Z.z. **žiadam o vyčiarknutie** zo zoznamu členov Slovenskej komory zubných lekárov k .....

.....  
dátum

.....  
podpis