



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

Dôvodom mojej žiadosti o vyčiarknutie je.....
.....

.....
dátum

.....
podpis