



SLOVENSKÁ KOMORA MEDICÍNSKO - TECHNICKÝCH PRACOVNÍKOV

sídlo: Karpatské námestie 7770/10A, 831 06 Bratislava - mestská časť Rača, Slovenská republika
sekretariát: Hasičská 118/2, P.O.BOX 131, 911 01 Trenčín, Slovenská republika

Priezvisko, meno, titul	
Adresa /ulica, číslo, mesto, PSČ /	
Telefónne číslo/e-mail	

Registračné číslo: _____

Vec: **Žiadosť o zrušenie licencie**

Podľa § 74 ods. 1 písm. a) zákona NR SR č. 578/2004 Z.z. žiadam o zrušenie licencie z dôvodu:

.....
.....

Upozornenie:

Spolu so žiadosťou o zrušenie licencie je žiadateľ povinný uhradiť poplatok vo výške 17€.

Číslo účtu: 0273781818/0900,

IBAN: SK65 0900 0000 0002 7378 1818,

Variabilný symbol: Vaše registračné číslo bez písmena,

Špecifický symbol: 50700,

Poznámka pre prijímateľa: Vaše meno a priezvisko

Dátum

Podpis