Vec: **Vzdanie sa odvolania** **voči rozhodnutiu o vydaní licencie**

|  |  |
| --- | --- |
| Titul, meno, priezvisko |  |
| Trvalé bydlisko /ulica, číslo, mesto, PSČ / |  |
| Kontaktná adresa /ulica, číslo, mesto, PSČ / |  |
| Telefónne číslo, e-mail |  |
| Registračné číslo |  |
| Číslo spisu vydanej licencie |  |
| Rozhodnutie bolo prevzaté dňa |  |

Držiteľ licencie sa vzdáva práva na odvolanie proti rozhodnutiu Slovenskej komory medicínsko-technických pracovníkov, ktorým bola vydaná licencia s vyššie uvedenými údajmi.

V prípade vzdania sa odvolania, toto rozhodnutie nadobúda právoplatnosť a vykonateľnosť dňom jeho doručenia držiteľovi licencie.

Držiteľ licencie podáva vzdanie sa odvolania voči rozhodnutiu o vydaní licencie až po prevzatí rozhodnutia o vydaní licencie.

Dátum ........................................ Podpis ..................................................