|  |  |
| --- | --- |
| Titul, meno, priezvisko |  |
| Trvalé bydlisko /ulica, číslo, mesto, PSČ / |  |
| Kontaktná adresa /ulica, číslo, mesto, PSČ / |  |
| Telefónne číslo/e-mail |  |

**Registračné číslo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Vec: **Žiadosť o zrušenie registrácie v SK MTP**

 Podľa § 63b ods.1 písm. a) zákona NR SR č. 578/2004 Z.z. žiadam o zrušenie registrácie z dôvodu ukončenia pracovného pomeru alebo pracovnej pozície.

**Prílohou žiadosti musí byť:**

* **Originál** alebo **overená kópia** potvrdenia **od zamestnávateľa** o ukončení pracovného pomeru alebo pracovnej pozície (napr. dohoda o skončení pracovného pomeru alebo potvrdenie o preradení s dátumom ukončenia príslušnej pracovnej pozície).

**Poučenie:**

V zmysle § 63 ods. 8 zákona je zdravotnícky pracovník **povinný predložiť originál alebo osvedčené kópie dokladov** rozhodujúcich pre zrušenie registrácie. **V prípade, ak nám bude doručená len kópia rozhodujúceho dokladu, nebude Vaša žiadosť akceptovaná.**

 Zároveň Vás upozorňujeme, že je vašou **zákonnou povinnosťou mať uhradené** **všetky poplatky** voči našej spoločnosti, ktoré Vám vznikli počas celej registrácie až do dňa jej zrušenia.

Pre urýchlenie vybavenia Vašej žiadosti Vás žiadame o uvedenie správnych kontaktných údajov (adresa/telefónne číslo/e-mail).

**Zrušením registrácie zároveň žiadam o vyčiarknutie zo zoznamu členov (voľbu označte krížikom).**

**Zrušenie členstva:**

 **Áno Nie**

** **

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