

.....
(meno, priezvisko, bydlisko)

Registračné číslo

Dátum registrácie

Rodné priezvisko

Rodné číslo

Miesto narodenia.....

Slovenská komora fyzioterapeutov
Tbiliská 6
831 06 Bratislava

Vec: **Žiadosť o zrušenie registrácie**

Podľa § 63b ods. 1 písm. a) zákona NR SR č. 578/2004 Z. z. Vás žiadam o zrušenie registrácie z dôvodu:

- a) starobného dôchodku
(potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o poistnom vzťahu, alebo o ukončení pracovného pomeru)
- b) invalidného dôchodku
(potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o poistnom vzťahu, alebo o ukončení pracovného pomeru)
- c) iného dôvodu zrušenia registrácie (uved'te):

.....
(zakrúžkujte vhodné písmeno)

Poznámka:

V zmysle § 63 ods. 8 zákona NR SR č. 578/2004 Z. z., **ste povinná/ý spolu so žiadosťou predložiť aj osvedčené kópie dokladov súvisiacich s ukončením výkonu povolania fyzioterapeut** (napr. u poberateľov dôchodkov potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o poistnom vzťahu; potvrdenie od zamestnávateľa o výkone iného povolania a pod.).

Upozornenie:

Spolu so zrušením registrácie zároveň žiadam aj o vyčiarknutie zo zoznamu členov, pričom som si vedomý podmienok pre opätovný zápis do zoznamu členov.

Dátum

.....
podpis