

SLOVENSKÁ KOMORA FYZIOTERAPEUTOV

ŽIADOSŤ

o zrušenie licencie

Meno, priezvisko, titul.....

Číslo licencie.....

Dátum vydania licencie.....

Registračné číslo.....Rodné číslo.....

Miesto trvalého pobytu.....

Dátum narodenia.....Miesto.....

Dátum zrušenia od.....

*Dôvod zrušenia.....

.....
podpis

Vdňa.....

*Doložiť:

- a) Ukončenie výkonu samostatnej zdravotníckej praxe (L1A)
- b) Ukončenie prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia (L1B)
- c) Ukončenie činnosti odborného zástupcu zdravotníckym pracovníkom v povolání fyzioterapeut (L1C)
- d) ukončenie výkonu povolania z dôvodu odchodu do starobného, alebo predčasného dôchodku- rozhodnutie zo Sociálnej poisťovne
- e) doklad o úhrade administratívneho poplatku vystavenie dodatku pri zmene údajov v licencií, zrušení, pozastavení – 17,-€