



SLOVENSKÁ KOMORA MEDICÍNSKO - TECHNICKÝCH PRÁCOVNÍKOV

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

| | |
|--|--|
| 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