

ČESKÁ LÉKÁRNICKÁ KOMORA
Rozárčina 1422/9
140 02 Praha 4

V dne

Oznámení o důvodu zániku osvědčení

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> výkon funkce vedoucího lékárníka | - OSV číslo: |
| <input type="checkbox"/> výkon funkce odborného zástupce | - OSV číslo: |
| <input type="checkbox"/> soukromá lékárenská praxe | - OSV číslo: |

JMÉNO:

Lékárna:

Poskytovatel:

Důvod zániku osvědčení:

- Osvědčení nebylo během 2 let po jeho datu platnosti využito
- Změna poskytovatele zdravotních služeb nebo zánik oprávnění poskytovatele k poskytování zdravotních služeb
- Změna místa provozování lékárny (jen u osvědčení k výkonu funkce vedoucího lékárníka)
- Zánikem právního vztahu mezi poskytovatelem a odborným zástupcem nebo vedoucím lékárníkem (např. ukončení pracovního poměru nebo ukončení výkonu funkce)
- Souvislá nepřítomnost vedoucího lékárníka v lékárně delší než 6 měsíců
- Vzdávám se osvědčení

Důvod zániku osvědčení nastal nebo nastane dne:

.....

Podpis držitele osvědčení

Doručovací adresa: