

## Žiadosť o zrušenie certifikátov zdravotníckemu pracovníkovi

### Zdravotnícky pracovník:

Titul, meno a priezvisko: .....  
Rodné číslo: .....  
Adresa trvalého pobytu: .....  
Identifikačné číslo elektronického preukazu zdravotníckeho pracovníka: .....

(ďalej aj len „**žiadateľ**“)

### Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Názov: .....  
Sídlo: .....  
IČO: .....  
Registrácia: .....

(ďalej aj len ako „**laboratórium**“)

### Bližší popis obsahu žiadosti:

Týmto žiadam o zrušenie certifikátov vydaných na základe Zmluvy o vydaní certifikátov zdravotníckemu pracovníkovi č. .... zo dňa ....., číslo ....., ktoré sú v zmysle ust. § 7 ods. 11 zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme v znení neskorších predpisov uložené na technickom zariadení laboratória (HSM modul) za účelom vykonávania zápisov vybraných zdravotných záznamov do národného zdravotníckeho informačného systému. O zrušenie certifikátov žiadam z dôvodu:

.....  
.....

V ....., dňa .....

.....  
podpis žiadateľa

### Vyplní NCZI

### Zodpovedná osoba pre vydanie certifikátu:

Meno a priezvisko: .....  
E-mail: .....  
Tel. č.: .....

### Vyplní NCZI

Žiadosť zaevidovaná dňa:	
Pripomienky:	

Za NCZI kontroloval:

Za NCZI schválil:

.....  
meno, priezvisko a podpis

.....  
meno, priezvisko a podpis