

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 Národné centrum zdravotníckych informácií (ďalej aj len „NCZI“) o zrušenie certifikátov vydaných na základe Zmluvy o vydaní certifikátov zdravotníckemu pracovníkovi číslo: zo dňa, 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.:

Žiadosť zaevidovaná dňa:	
Pripomienky:	

Za NCZI kontroloval:

Za NCZI schválil:

.....

.....

meno, priezvisko a podpis

meno, priezvisko a podpis