*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(įstaigos pavadinimas)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(įstaigos kodas)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(įstaigos registracijos adresas)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(telefono Nr.)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(elektroninis paštas)*

**PRAŠYMAS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(data)*

Prašau išbraukti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iš

*(įstaigos pavadinimas)*

Lietuvos Respublikos odontologų rūmų narių sąrašo nuo

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(įrašyti datą)*

Patvirtinu, jog man yra žinoma, kad mano asmens duomenys po mano išbraukimo iš Lietuvos Respublikos odontologų rūmų narių bus tvarkomi, įgyvendinant teisės aktų nustatytus reikalavimus (apskaitos, prievolių įvykdymo, licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi priežiūros (duomenų analizės) ir kitais teisės aktuose nustatytais tikslais).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(įstaigos vadovo ar įgalioto asmens parašas)*

Esu supažindintas apie pareigą padengti nario mokesčio įsiskolinimą ir kitus neįvykdytus finansinius įsipareigojimus (jeigu tokie yra), susidariusius iki prašymo apie išstojimą pateikimo Rūmams datos ar mano prašyme nurodytos datos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(įstaigos vadovo ar įgalioto asmens parašas)*