

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

Lékařská 291/2, 150 30 Praha 5

ŽÁDOST O AKREDITACI ŠKOLÍCÍHO PRACOVIŠTĚ

(dle Stavovského předpisu č. 12 ČLK)

Název žadatele:

Sídlo žadatele:

.....

.....

.....

Název odd.

Statutární zástupce:

IČO: DIČ:

IČZ:

kontaktní osoba

(tel.číslo)

a) Název lékařského výkonu pro který je akreditace požadována:

1) 2)

3) 4)

5) 6)

7) 8)

9) 10)

b) Jména lékařů, splňujících podmínky pro přiznání licence školitel výkonu:

jméno, příjmení a titul

výkon

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Přílohy žádosti:

- b) Kopie licence školitelů lékařského výkonu, kteří budou zajišťovat výuku. (V případě, že není na pracovišti zatím lékař s licenci školitel lékařského výkonu, musí být přiloženy komplexní materiály lékaře, který o vydání této licence žádá. Žádost o licenci školitele lékařského výkonu je v takovém případě nedílnou součástí žádosti o akreditaci, bez které ji nelze vydat).
- c) Popis technického vybavení pracoviště stvrzený odborným zástupcem pracoviště.
- d) Průkazný doklad o počtu provedených výkonů v posledních 3 letech.

Vyjádření příslušné oborové komise VR ČLK:

.....
.....
.....

V dne

Podpis.....

Schválení VR ČLK:

.....
.....
.....

V dne

Podpis.....

Podpis statutárního zástupce ZZ:.....

Podpis lékaře – držitele licence školitel lékařského výkonu:.....

V.....dne.....

Rozhodnutí představenstva ČLK:

.....
.....
.....

V dne

Podpis.....