



ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

Ž Á D O S T

o vydání potvrzení o nečlenství v České lékařské komoře

Vyplní žadatel

Příjmení, jméno, tituly Datum narození

Rodné a event. další příjmení Číslo OP/Pasu

Kontaktní adresa PSČ E-mail:

Požaduji zaslání originálu certifikátu v cizím jazyce na adresu:

Žádám o vystavení potvrzení v :

anglickém jazyce
německém jazyce
francouzském jazyce
španělském jazyce

portugalském jazyce
italském jazyce
polském jazyce
řeckém jazyce

Souhlasím / nesouhlasím s tím, aby verifikaci tohoto potvrzení o nečlenství v České lékařské komoře anebo certifikát v elektronické podobě Česká lékařská komora poskytla na základě písemné žádosti jakémukoliv orgánu veřejné správy či profesní samosprávy země, kde budu vykonávat povolání lékaře.*

Informace o ukončení studia

Datum ukončení studia /dd/mm/rrrr/..... Název fakulty.....

Název vysoké školy.....

Adresa vysoké školy:

Ulice..... Č.P. Č.O. PSČ.....

Obec..... Část obce.....

Prohlášení žadatele

Prohlašuji, že jsem v době ode dne ukončení studia až do dne podpisu této žádosti nikdy nevykonával/a léčebně preventivní praxi na území České republiky a svým podpisem stvrzuji, že veškeré informace, které uvádím, jsou pravdivé.

V dne

.....
podpis žadatele

Vyplní pověřený pracovník České lékařské komory

Potvrzuji, že pan/paní.....nar.....v.....nebyl/a nikdy členem/členkou České lékařské komory a tudíž lze na základě jeho/jejího prohlášení předpokládat, že skutečně nikdy nevykonával/a praxi v léčebně preventivní péči, čímž dle platné české legislativy nevznikla zákonná povinnost členství v ČLK. Žádné skutečnosti v rozporu s výše uvedeným nejsou známy ani ČLK z její úřední činnosti.

Na základě těchto údajů vydává ČLK Certifikát o nečlenství v České lékařské komoře, evidenční číslo...../.....

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

.....
podpis pověřeného pracovníka

* nehodící se škrtněte