



ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

Okresní sdružení

Ž Á D O S T o získání oprávnění k preskripci

Titul, jméno a příjmení žadatele

.....

Datum narození

Evidenční číslo Registrační číslo

Adresa bydliště Tel. (mobil)

.....

Poslední zaměstnavatel

.....

Pracovní poměr **trvá** / pracovní poměr **skončil** / **mateřská dovolená** *)

Specializace

Žádám o získání preskripce ode dne

V dne

.....

podpis žadatele

Stanovisko představenstva OS ČLK

Souhlas / nesouhlas *)

Dne

.....

za představenstvo OS ČLK

*) nehodící se škrtněte