Česká lékařská komora OS Praha 5

Tůmova 10, 150 00 Praha 5 / www.clkpraha.cz / +420 2 5721 5951 / clkp5@clkpraha.cz

ŽÁDOST O VYDÁNÍ DIPLOMU CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

příjmení, jméno, tituly, funkce : _____

adresa _____

mobil: _____ mail: _____

adresa pracoviště: _____

oddělení / klinika/ odbornost _____

datum	*číslo akce*	*název vzdělávací akce*	*počet kreditů*
		počet kreditů celkem	0

Vzdělávací akce akreditované ČLK (možnost kontroly) najdete na www.lkcr.cz --> vzdělaváni --> akreditované akce

dne: _____ podpis žadatele: _____

Dále vyplní pověřený člen OS ČLK

Podmínky pro udělení Diplomu CV: splněny nesplněny

Jméno pověřeného člena _____

V Praze dne _____ podpis: _____