**Žádost o vydání pozvání k výkonu odborné praxe zubního lékaře**

**za účelem nabývání odborných nebo praktických zkušeností**

**dle § 36 zákona č. 95/2004 Sb.**

**Žadatel: Název poskytovatele**

……………………………………………….……………………………………………….…

IČO: …………………………………………

**Místo poskytování zdravotních služeb (**kde bude odborná praxe vykovávána**):**

Obec ……………….…….……..……… část obce …………………………………………….

Ulice ……………..…………………… č. p./č. o. ……………………… PSČ …………..……

**Pozvaná osoba (zubní lékař)**

titul, jméno, příjmení zubního lékaře (dle průkazu totožnosti)

……………….….……..………………..………………………………………………………

Datum narození ……………..……………………………

**Výkon praxe za účelem nabývání odborných nebo praktických zkušeností na dobu určitou:**

* déle než 3 měsíce, maximálně 1 rok: v délce ……………………….. měsíců
* maximálně 3 měsíce

**Praxe bude vykonávána pod přímým odborným vedením zubního lékaře/lékařky:**

(jméno, příjmení, datum narození)

……………….… .……..………………..………………………………………………….

Datum narození ……………..……………………………

V …………………………… dne ………………………………

………………………………………................ ……………………………………..

jméno, příjmení, titul fyzické osoby podpis

(nebo osoby oprávněné jednat za právnickou osobu)