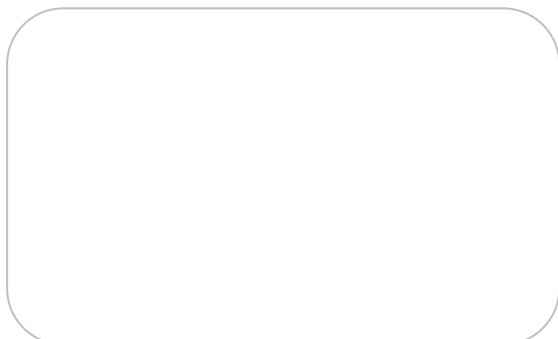




KRAJSKÝ ÚŘAD LIBERECKÉHO KRAJE

odbor zdravotnictví



**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. PSC

Pozvaná osoba (zubní lékař)

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

.....

Datum narození

Výkon praxe

- déle než 3 měsíce, maximálně 1 rok: v délce měsíců
- maximálně 3 měsíce

T +420 485 226 375 E podatelna@kraj-lbc.cz

Praxe bude vykonávána pod přímým odborným vedením zubního lékaře/lékařky:
(jméno, příjmení, datum narození)

.....

Datum narození

V dne

.....
jméno, příjmení, titul fyzické osoby
(nebo osoby oprávněné jednat za právnickou osobu)

.....
podpis