

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

Okresní sdružení

Žádost o přijetí za člena ČLK

archivační a registrační list

Osobní údaje :

Příjmení : Jméno:
Rodné a event. další příjmení: Tituly :
Datum narození : Státní příslušnost :
Trvalé bydliště : PSČ :
Kontaktní adresa : PSČ :
Telefon, fax, e-mail :

Pracoviště

Zaměstnavatel : IČO:
Adresa : PSČ:
Oddělení : tel., fax :
Prac. zařazení :
Počátek výkonu léčebně preventivní péče na území ČR : (datum)

Vzdělání :

Vysoká škola :
Místo a rok promoce:

Atestace: I. st. rok/ obor
II. st. rok/obornástavbová - rok/obor

Časopis ČLK zasílat na adresu:

bydliště kontaktní adresu zaměstnání nemám zájem

Prohlašuji, že mi nejsou známy žádné překážky členství v ČLK a že mnou uvedené údaje jsou pravdivé.

Místo a datum : **Podpis**

Vyjádření OS ČLK dne :

doporučujeme

nedoporučujeme

.....
podpis a razítko OS ČLK

Vyjádření představenstva ČLK

přijat(a) dne :

nepřijat(a) dne :

.....
podpis pověřeného člena
představenstva ČLK

Evidenční číslo lékaře

(vyplňuje kancelář ČLK Olomouc)

Přílohy : ověřený absolventský diplom