



## 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 .....

ID datové schránky ..... E-mail .....

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