



ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

Okresní sdružení

Ž Á D O S T

o vydání potvrzení o profesní bezúhonnosti

Vyplní žadatel

Příjmení, jméno, tituly Datum narození

Rodné a event. další příjmení Evidenční číslo

Kontaktní adresa PSČ

Požaduji zaslání originál certifikátu v cizím jazyce na adresu :

Žádám o vystavení potvrzení v :

anglickém jazyce
německém jazyce
francouzském jazyce
španělském jazyce

portugalském jazyce
italském jazyce
polském jazyce
řeckém jazyce

*Souhlasím / nesouhlasím *) s tím, aby verifikaci tohoto potvrzení o profesní bezúhonnosti anebo certifikát v elektronické podobě Česká lékařská komora poskytla na základě písemné žádosti jakémukoliv orgánu veřejné správy či profesní samosprávy země, kde budu vykonávat povolání lékaře.*

V dne

Vyplní pověřený pracovník kanceláře OS ČLK

.....
podpis žadatele

1) Členství v ČLK

datum přijetí do ČLK: (členství nepřerušeno)

členem od do a nyní od

v současnosti není členem – byl od do

důvod ukončení členství

2) Členské příspěvky:

zaplacený řádně za všechny roky, kdy byl lékař(-ka) členem (členkou) ČLK

lékař neuhradil členské příspěvky za roky

3) Disciplinární řízení:

MUDr. bylo / nebylo *) uloženo po dobu jeho členství v ČLK disciplinární opatření:

druh uloženého disciplinárního opatření:

datum uložení disciplinárního opatření:

důvod uložení disciplinárního opatření:

Za správnost:

.....
podpis pověřeného pracovníka kanceláře OS ČLK + razítko

V dne

*) nehodící se škrtněte