



# ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

## ŽÁDOST O UDĚLENÍ FUNKČNÍ LICENCE A POTVRZENÍ O SPLNĚNÍ PODMÍNEK PRO JEJÍ UDĚLENÍ dle Stavovského předpisu č. 12 ČLK

### ŽADATEL - lékař splňující podmínky k vydání funkční licence (vyplní žadatel):

Jméno, příjmení, titul: ..... Datum narození:.....

Rodné event. další příjmení ..... Evidenční číslo lékaře: .....

Kontaktní adresa: .....

tel. č.: ..... e-mail: .....

Žádám o udělení funkčních licencí (kódy) .....

V ..... dne.....

.....  
podpis žadatele

### ŠKOLITEL, který provedl výuku a přezkoušení žadatele a doporučuje udělení FL (vyplní školitel):

Jméno, příjmení, titul:..... Číslo licence školitele: .....

Kontaktní adresa: .....

tel. č.: ..... e-mail: .....

### Akreditované školící pracoviště, na kterém byl žadatel školen (vyplní školitel):

Název: ..... Číslo diplomu akreditace: .....

Sídlo: .....

### Vyjádření školitele k léčebným metodám, ve kterých byl žadatel školen (vyplní školitel):

Léčebná metoda	Datum proškolení	Hodnocení školitele

.....  
jméno, příjmení, titul statutárního zástupce akreditovaného školícího pracoviště

V ..... dne .....

.....  
razítko akreditovaného školícího pracoviště

.....  
podpis školitele

.....  
podpis statutárního zástupce akreditovaného pracoviště

*Poučení: Přílohou žádosti o udělení funkční licence (potvrzení o splnění podmínek pro udělení FL) musí být fotokopie licence školitele a fotokopie dokladu o akreditaci školícího pracoviště. Údaje ve formuláři žádosti musí být vyplněny čitelně.*

### Vyjádření Představenstva ČLK ke splnění podmínek dle Stavovského předpisu č. 12:

Žadatel splňuje  nespĺňuje  podmínky pro udělení funkčních licencí dle SP č. 12

V ..... dne.....

Podpis.....