



Česká lékařská komora OS Zlín
Antonínova 4464, 760 01 Zlín

ŽÁDOST O VYDÁNÍ DIPLOMU CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Příjmení, jméno, tituly:

Odbornost:

Funkce:

E-mail, mobil:

Přílohy k žádosti (za posledních 5 let do data podání žádosti):

- potvrzení o získaných kreditech, certifikáty
- seznam publikací
- seznam přednášek
- potvrzení o absolvované klinické stáži, klinickém dnu
- jiné:

.....

.....

Ve Zlíně dne

Podpis žadatele: