



## 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 .....

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