Česká lékařská komora OS Karlovy Vary

nám. Dr. Milady Horákové 8, 360 01 Karlovy Vary

ŽÁDOST O VYDÁNÍ DIPLOMU CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

příjmení, jmého, tituly, funkce:			
adresa:		registrační číslo:	
mobil:		E-mail:	
datum	**číslo akce**	**činnost dle § 8-10**	**počet kreditů**
počet kreditů celkem:			
dne:		**podpis žadatele:**	

Dále vyplní pověřený člen OS ČLK

podmínky pro udělení Diplomu CV	**splněny:**	**nesplněny:**
jméno pověřeného člena:		
v Karlových Varech dne:		**podpis:**