



ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

Okresní sdružení

Žádost o přijetí za člena ČLK

archivační a registrační list

Osobní údaje :

Příjmení : Jméno: Tituly :

Rodné příjmení: Další příjmení :

Datum narození : Státní příslušnost :

Trvalé bydliště : PSČ :

Koresp. adresa : PSČ :

Telefon domů Mobil e-mail :

skype :

Pracoviště

Zaměstnavatel : IČO:

Adresa : PSČ:

Oddělení : tel., fax :

Funkce :

Počátek výkonu lékařského povolání po ukončení studia na LF : (datum nástupu do pracovního poměru)

Počátek výkonu lékařského povolání na území ČR : (neshoduje-li se s datem po ukončení LF)

Lékařská činnost na území ČR jako **hostující osoba**: ☐ NE ☐ ANO od.....do.....

Chci se stát členem Sekce mladých lékařů ČLK: ☐ ANO ☐ NE

Vzdělání :

Vysoká škola :

Rok promoce: Rok ukončení studia na LF: Stát :

Vzdělání absolvováno: **český jazyk** ☐ **anglický jazyk** ☐ **jiný jazyk** ☐

Atestace/ specializace :

Časopis ČLK zasílat na adresu:

bydliště / kontaktní adresu ☐ zaměstnání ☐ nezasílat ☐

Prohlašuji, že mi nejsou známy žádné překážky členství v ČLK, že mnou uvedené údaje jsou pravdivé a že jsem byl informován o způsobu zpracovávání mých osobních údajů ČLK.

Místo a datum : **Podpis**

Vyjádření OS ČLK dne :

doporučujeme ☐

nedoporučujeme ☐

podpis a razítko OS ČLK

Vyjádření představenstva ČLK

přijat(a) dne :

nepřijat(a) dne :

podpis pověřeného člena
představenstva ČLK

Evidenční číslo lékaře

(vyplňuje kancelář ČLK Olomouc)

Přílohy : ověřený absolventský diplom