



Česká lékařská komora OS Praha 2

Karlovo náměstí 40, 128 00 Praha 2 / 224 963 427 / praha2@clkcr.cz

ŽÁDOST O VYDÁNÍ DIPLOMU CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Příjmení, jméno, tituly:		Evidenční číslo:	
Datum narození:		E-mail:	
Bydliště:		PSČ:	
Adresa pracoviště:		PSČ:	
Oddělení/klinika/odbornost:		Mobil:	

Datum, název vzdělávací akce	Počet kreditů
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
Celkový počet kreditů	

Dne:		Podpis žadatele:	
------	----------------------	------------------	----------------------