

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

OS ČLK KLATOVY  
Pod Nemocnicí 789/II.  
339 01 Klatovy



Tel.: 376 335 935  
Mobil: 720 366 756  
e – mail: klatovy@clkcr.cz

---

## ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK NA VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ DO 35 LET

**K žádosti musí lékař doložit pozvánku na akci, potvrzení o zaplacení registračního poplatku /pokladní doklad nebo výpis z účtu/, kopii získaného certifikátu a číslo účtu, na který bude příspěvek zaslán.**

Jméno a příjmení, titul:

Pracoviště:

Evid. číslo:

Datum narození:

Název akce:

Datum konání akce:

Registrační poplatek /Kč/:

Číslo účtu:

Tel:

e - mail:

Adresa:

Podpis žadatele:

---

Žádost projednána na představenstvu OS ČLK Klatovy dne:

Vyjádření představenstva:

.....