



# 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