



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:

ID datové schránky:

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 :

Casopis CLK 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