



# ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

Okresní sdružení .....

## Ž Á D O S T

o vydání potvrzení o profesní bezúhonnosti

### Vyplní žadatel

---

Příjmení, jméno, tituly ..... Datum narození .....

Rodné a event. další příjmení ..... Evidenční číslo .....

Kontaktní adresa ..... PSČ .....

Požaduji zaslání originál certifikátu v cizím jazyce na adresu : .....

### Žádám o vystavení potvrzení v :

anglickém jazyce  
německém jazyce  
francouzském jazyce  
španělském jazyce

portugalském jazyce  
italském jazyce  
polském jazyce  
řeckém jazyce

*Souhlasím / nesouhlasím \*) s tím, aby verifikaci tohoto potvrzení o profesní bezúhonnosti anebo certifikát v elektronické podobě Česká lékařská komora poskytla na základě písemné žádosti jakémukoliv orgánu veřejné správy či profesní samosprávy země, kde budu vykonávat povolání lékaře.*

V ..... dne .....

### Vyplní pověřený pracovník kanceláře OS ČLK

---

.....  
podpis žadatele

#### 1) Členství v ČLK

datum přijetí do ČLK: ..... (členství nepřerušeno)

členem od ..... do ..... a nyní od .....

v současnosti není členem – byl od ..... do .....

důvod ukončení členství .....

#### 2) Členské příspěvky:

zaplacený řádně za všechny roky, kdy byl lékař členem ČLK

lékař neuhradil členské příspěvky za roky .....

#### 3) Disciplinární řízení:

MUDr. .... bylo / nebylo \*) uloženo po dobu jeho členství v ČLK disciplinární opatření:

druh uloženého disciplinárního opatření: .....

datum uložení disciplinárního opatření: .....

důvod uložení disciplinárního opatření: .....

Za správnost: .....

.....  
podpis pověřeného pracovníka kanceláře OS ČLK + razítko

V ..... dne .....

\*) nehodící se škrtněte