

**ŽÁDOST O AKREDITACI
ŠKOLÍCÍHO PRACOVIŠTĚ**
(dle Stavovského předpisu č. 12 ČLK)

Název žadatele:

Sídlo žadatele:

.....

.....

Název odd.

www E-mail

Statutární zástupce:

IČO: DIČ:

IČZ:

kontaktní osoba tel. číslo (pevná linka)

mobil (GSM) E-mail

a) Název lékařského výkonu pro který je akreditace požadována:

.....

.....

b) Počet a jména lékařů, splňujících podmínky pro přiznání licence školitel výkonu:

.....

.....

.....

.....

Přílohy žádosti:

- b) Kopie licence školitelů lékařského výkonu, kteří budou zajišťovat výuku. (V případě, že není na pracovišti zatím lékař s licenci školitel lékařského výkonu, musí být přiloženy komplexní materiály lékaře, který o vydání této licence žádá. Žádost o licenci školitele lékařského výkonu je v takovém případě nedílnou součástí žádosti o akreditaci, bez které ji nelze vydat).
- c) Popis technického vybavení pracoviště stvrzený odborným zástupcem pracoviště.
- d) Průkazný doklad o počtu provedených výkonů v posledních 3 letech.

Vyjádření příslušné oborové komise VR ČLK:

.....
.....
.....

V dne

Podpis

Schválení VR ČLK:

.....
.....

V dne

Podpis

Podpis statutárního zástupce ZZ:

Podpis lékaře – držitele licence školitel lékařského výkonu :

V dne

Rozhodnutí představenstva ČLK:

.....
.....
.....

V dne

Podpis