

**ŽÁDOST O AKREDITACI
K POŘADÁNÍ ŠKOLÍCÍCH AKCÍ**
(dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK)

Název organizace:

Sídlo organizace:
.....

Statut:

Statutární zástupce:

IČO: DIČ:

IČZ:

kontaktní osoba Telefon (pevná linka)

mobil (GSM) E-mail

a) **Název odbornosti pro kterou je akreditace požadována a její charakteristika:**

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

b) **Jméno, příjmení, titul (rodné číslo) garanta programu – pro každý obor zvlášť.** (Garantem programu musí být lékař s licencií, lektor lékařské praxe nebo školitel pro lékařský výkon nebo habilitovaný lékař nebo lékař vyučující na lékařské fakultě nebo IPVZ).

	jméno, příjmení, titul	rodné číslo	obor
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Přílohy žádosti:

1. Kopie o registraci organizace na Ministerstvu vnitra nebo živnostenského oprávnění, případně výpis z obchodního rejstříku.
2. Doklad o zaplacení nákladů, spojených s akreditačním řízením.

V dne

.....

Podpis statutárního zástupce ZZ:

Schválení VR ČLK:

.....
.....

V dne

Podpis

Rozhodnutí představenstva ČLK:

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

V dne

Podpis