

**Žádost o pozvání k výkonu odborné praxe zubního lékaře
za účelem nabývání odborných nebo praktických zkušeností
dle § 36 zákona č. 95/2004 Sb.**

Žadatel o pozvání (zahraniční zubní lékař):

Titul, jméno, příjmení (dle průkazu totožnosti):

.....

Trvale bytem¹:

.....

Datum narození:

Telefon:

Pozvání požaduji zaslat:²

do datové schránky ID:

na adresu trvalého pobytu

na adresu:.....

Údaje o poskytovateli, u kterého bude žadatel odbornou praxi vykonávat:

Název:

Sídlo a IČO:

Místo poskytování zdravotních služeb (kde bude odborná praxe vykonávána):

Obec: část obce:

Ulice: č. p./č. o.: PSČ:

Výkon praxe za účelem nabývání odborných nebo praktických zkušeností na dobu určitou:³

déle než 3 měsíce, maximálně 1 rok: v délce měsíců

(od vydání rozhodnutí o povolení k výkonu odborné praxe Ministerstvem zdravotnictví ČR)

maximálně 3 měsíce

(od vydání rozhodnutí o povolení k výkonu odborné praxe Ministerstvem zdravotnictví ČR)

Poskytovatel, u kterého bude žadatel vykonávat odbornou praxi, prohlašuje, že údaje v této žádosti jsou pravdivé a při výkonu odborné praxe budou dodržovány podmínky pro výkon odborné praxe dle platných právních předpisů, zejména dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich dodržování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání

¹ Osoby bez trvalého pobytu na území České republiky uvedou adresu bydliště mimo území České republiky a současně adresu místa hlášeného pobytu na území České republiky.

² Zaškrtněte pouze jednu vybranou variantu.

³ Zaškrtněte pouze jednu vybranou variantu.

a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Dále poskytovatel prohlašuje, že zdravotnické zařízení bude vybaveno potřebným technickým a věcným vybavením pro obor zubní lékařství.

V dne

.....

Poskytovatel, u kterého bude žadatel odbornou praxi vykonávat podpis
(razítko, jméno, příjmení, titul fyzické osoby nebo osoby oprávněné jednat za právnickou osobu)

V dne

.....

Žadatel (jméno, příjmení, titul zahraničního zubního lékaře) podpis