

## Ž Á D O S T

### o školení lékařského výkonu

#### Lékařský výkon (dle SP č.12):

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

Školitel lék. výkonu: .....

Termín konání (od-do): .....

#### Žadatel

Titul, jméno, příjmení: ..... Datum narození: .....

Bydliště: ..... PSČ: .....

Tel./mob.: ..... E-mail: .....@.....

#### Zaměstnavatel (organizace)

Název organizace: ..... IČO: .....  
DIČ: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Ředitel organizace: .....

Vaše pracoviště (obor): ..... Tel.: .....

Úhradu poplatku provede zaměstnavatel:  ANO  NE

Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů, souhlasím, aby FNO použila uvedená osobní data pro účely archivace.

Datum: .....

Vyplněnou žádost zašlete na email: [nikoleta.niklova@fno.cz](mailto:nikoleta.niklova@fno.cz)