

**Vyjádření příslušné profesní komory**  
(§ 17 odst. 1 zák. č. 160/1992 Sb.)

Česká lékařská komora, okresní sdružení lékařů\* v .....

Česká lékárnická komora, okresní sdružení lékárníků\* v .....

Česká stomatologická komora, Oblastní stomatologická komora\* v .....

**potvrzuje, že**

.....  
jméno a příjmení, titul, datum narození, adresa místa trvalého pobytu

.....  
- **je / není\*** členem příslušné (potvrzující) profesní komory (§ 3 zák. č. 220/1991 Sb.),

- **přerušil / nepřerušil\*** výkon zdravotnického povolání lékaře\*, zubního lékaře\*,  
farmaceuta\* na dobu delší než 5 let v průběhu předcházejících 6 let (§ 6, § 9, § 12  
zák. č. 95/2004 Sb.).

(V případě přerušení výkonu zdravotnického povolání na dobu delší než 5 let v průběhu  
předcházejících 6 let musí žadatel předložit odboru zdravotnictví krajského úřadu písemné  
**potvrzení o doškolení** vydané v souladu se shora uvedenými ustanoveními zákona č.  
95/2004 Sb.)

---

*(Dále vyplní pouze příslušné okresní sdružení lékárníků České lékárnické komory)*

- **je / není\*** držitelem osvědčení vydaného Českou lékárnickou komorou na jinou lékárnou  
(pokud ano, na jakou),

- **je / není\*** osobou působící v jiných lékárnách na území kraje Vysočina nebo jiných  
krajů ČR (pokud ano, v jakých).

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

.....  
předseda územního orgánu příslušné  
profesní komory

.....  
podpis a razítka

(\*nehodící se škrtněte)