

# Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti

Zdravotnícke zariadenie

Sídlo :

IČO:

Evidenčné číslo posudku:

## LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA VÝKON ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA    zubný lekár\*)

Priezvisko a meno: .....

Adresa trvalého bydliska: .....

prechodný pobyt: .....

je spôsobilý \*\*)                      je nespôsobilý \*\*)

na výkon zdravotníckeho povolania    zubný lekár\*)

v odbore .....\*\*\*)

V ..... dňa .....

.....  
Odtlačok pečiatky  
a podpis lekára

-----  
\*) uveďte príslušné zdravotnícke povolanie (lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka, laborant, asistent, technik, iný zdravotnícky pracovník)

\*\*) nehodiace sa prečiarknite

\*\*\*) uveďte študijný odbor uvedený na vysokoškolskom diplome alebo maturitnom vysvedčení, v prípade špecializácie aj špecializačný odbor uvedený na diplome o špecializácii