

**Žádost o zápis do seznamu členů
Oblastní stomatologické komory**
(dále jen Oblastní komora)

Oblastní komora

Jméno Příjmení Titul(y)

Rodné číslo* Státní příslušnost

Adresa pro doručování na území České republiky:

ulice, číslo obec PSČ

tel. mobil e-mail

Adresa zdravotnického zařízení – pracoviště (další pracoviště viz příloha)***

Provozovatel IČ

Název pracoviště (pokud se liší od provozovatele)

ulice, číslo obec PSČ

tel./mobil fax

Vztah ke zdravotnickému zařízení: zaměstnanec/provozovatel/společník** od:

Jsem zapsán v seznamu členů dalších oblastních komor ano ne

(v případě, že jste členem jiné Oblastní komory, uveďte které)

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v této žádosti jsou správné, úplné a pravdivé.

.....
datum

.....
podpis člena Komory

*Vyplněnou žádost s přílohami lze podat v příslušné Oblastní komoře
nebo prostřednictvím Kanceláře Komory v Praze.*

.....
datum podání žádosti v Oblastní komoře

.....
za Oblastní komoru převzal
(jméno, podpis)

.....
datum podání žádosti v Kanceláři Komory
Komory

.....
pověřený zaměstnanec Kanceláře

(jméno, podpis)

.....
datum zápisu do seznamu členů Oblastní komory

.....
zástupce Oblastní komory
(jméno, podpis)

* Pokud nebylo přiděleno, datum narození

** Nehodící se škrtněte

*** Je-li známo

**Příloha žádosti o zápis do seznamu členů
Oblastní komory
Další pracoviště/Změna pracoviště****

Oblastní komora

Jméno Příjmení Titul(y)

Rodné číslo*

Adresa zdravotnického zařízení – pracoviště

Provozovatel IČ

Název pracoviště (pokud se liší od provozovatele)

ulice, číslo obec PSČ

tel./mobil fax

Vztah ke zdravotnickému zařízení: zaměstnanec/provozovatel/společník** od:

Datum ukončení výkonu povolání na předchozím pracovišti
(vyplňte pouze při změně pracoviště)

.....
datum

.....
podpis člena Komory

.....
datum podání žádosti v Oblastní komoře

.....
za Oblastní komoru převzal
(jméno, podpis)

* Pokud nebylo přiděleno, datum narození

** Nehodící se škrtněte