

PRŮKAZ ODBORNOSTI  
lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta

Osobní údaje:

Jméno a příjmení ..... *Мудр. РИНЫ АМРАТДИК*  
popřípadě dřívější příjmení

Datum a místo narození ..... *27.7.1987, THESSALONIKI*

Rodné číslo ..... *875727/4383*

Státní příslušnost ..... *GR*

Datum státní zkoušky, fakulta nebo škola (název, místo) - studijní program, studijní obor

*15.5.2012, LF UP V OLONKCI - ВСЕДРОВАЕ ЛЕКАРСТВЕ*

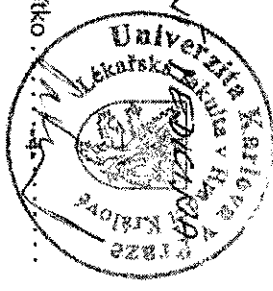
*Amratdik Riny*  
podpis držitele průkazu

Zařazení do specializačního vzdělávání *ANESTEZIOLOGIE A INTENZIVNÍ*

Ministerstvo zdravotnictví České republiky Vás zařadilo do specializačního oboru:

Datum . . . . . *26.9.2012*

Podpis a razítko . . . . .



Změna v zařazení do specializačního oboru:  
Zrušeno zařazení do oboru:

Datum . . . . .

Podpis a razítko . . . . .

Zařazení do specializačního vzdělávání

Ministerstvo zdravotnictví České republiky Vás zařadilo do specializačního oboru:

Datum . . . . .

Podpis a razítko . . . . .

Změna v zařazení do specializačního oboru:  
Zrušeno zařazení do oboru:

Datum . . . . .

Podpis a razítko . . . . .

Zařazení do specializačního vzdělávání

Ministerstvo zdravotnictví České republiky Vás

Datum . . . . .

Změna v zařazení do specializačního oboru:  
Zrušeno zařazení do oboru:

Datum . . . . .

Zařazení do specializačního vzdělávání

Ministerstvo zdravotnictví České republiky Vás

Datum . . . . .

Změna v zařazení do specializačního oboru:  
Zrušeno zařazení do oboru:

Datum . . . . .