

PRŮKAZ ODBORNOSTI
lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta

Osobní údaje:

Jméno a příjmení *MUDr. EVA MÜLLEROVÁ*
popřípadě dřívější příjmení

Datum a místo narození *22.5.1988, TŘEBÍČ*

Rodné číslo *885522/4994*

Státní příslušnost *ČR*

Datum státní zkoušky, fakulta nebo škola (název, místo) - studijní program, studijní obor
25.11.2013, LF UP VOLVOVYDULI - VŠEOBECNÉ LÉKAŘSTVÍ

Müllerová
podpis držitele průkazu

Výsledek atestační zkoušky

Obor: *Dermatovenerologie*

Datum: *27.11.2019*

Výsledek: *prospěla*

Diplom čís.:

prof. MUDr. Jana Nešpurová, CSc., MBA
Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Dermato-venereologická klinika
Budínova 7, 180 21, Praha 8
IČO: 00219208 DIČ: CZ00216208

.....
Podpis předsedy zkušební komise
Razítko instituce pověřené organizací atestací

Výsledek atestační zkoušky

Obor:

Datum:

Výsledek:

Diplom čís.:

.....
Podpis předsedy zkušební komise
Razítko instituce pověřené organizací atestací