

**PRŮKAZ ODBORNOSTI**  
**lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta**

**Osobní údaje:**

Jméno a příjmení .....  
*popřípadě dřívější příjmení*

MUDr. ALES OBR

Datum a místo narození .....

15. 8. 1984, LITOMYSL

Rodné číslo .....

840815/3501

Státní příslušnost .....

SR

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

16. 11. 2010, LF UP OLOMOUČ - VŠEOBECNÉ LÉKÁŘSTVÍ

.....  
podpis držitele průkazu

ního vzdělávání

né vzdělávací organizace (název, datum a místo

Výsledek atestační zkoušky

Obor: *HEMATOLOGIE A TRANSFUSNÍ LÉKAŘSTVÍ*

Datum: *6.6.2017*

Výsledek: *PROSPĚL*

Diplom čís.:

  
.....  
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