

POTVRZENÍ POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

k Výzvě č. 1/2026 · podpora specializačního vzdělávání v oboru pediatrie

I. IDENTIFIKACE POSKYTOVATELE**Název / jméno a příjmení poskytovatele:****IČO:****Adresa akreditovaného pracoviště:**

Poskytovatel zdravotních služeb (dále jen „Poskytovatel“) tímto potvrzuje, že je akreditovaným zařízením k provádění vzdělávání ve vlastním specializovaném výcviku specializačního vzdělávání v oboru pediatrie na výše uvedeném pracovišti.

II. ÚDAJE O LÉKAŘI A POTVRZENÍ VÝKONU POVOLÁNÍ**Titul, jméno a příjmení lékaře:****Datum narození:**

Poskytovatel dále potvrzuje, že výše uvedený lékař u něj vykonává zdravotnické povolání lékaře a současně se specializačně vzdělává v oboru pediatrie na výše uvedeném pracovišti.

III. POTVRZENÍ A PODPIS OSOBY OPRÁVNĚNÉ JEDNAT ZA POSKYTOVATELE**Jméno a příjmení:****Podpis:****Datum:**