

POTVRZENÍ POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

k Výzvě č. 2/2026 · podpora specializačního vzdělávání v oboru dětská a dorostová
psychiatrie

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 dětská a dorostová psychiatrie 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 dětská a dorostová psychiatrie na výše uvedeném pracovišti.	

III. POTVRZENÍ A PODPIS OSOBY OPRÁVNĚNÉ JEDNAT ZA POSKYTOVATELE

Jméno a příjmení:	Podpis:
Datum:	