

## POTVRDENIE O ODBORNEJ PRAXI

### Zamestnávateľ

Názov/obchodné meno	
Sídlo	
IČO	

týmto potvrdzuje, že

### zamestnanec

Titul, meno, priezvisko	
Adresa trvalého bydliska	
Dátum narodenia	

v lekárni (názov) ..... s miestom výkonu činnosti (adresa lekárne)  
..... v pracovnom úväzku ..... hodín týždenne  
v období od ..... do ..... vykonával/ vykonáva odbornú zdravotnícku prax  
na pracovnej pozícii farmaceut.

Potvrdenie sa vydáva na vlastnú žiadosť zamestnanca.

V ..... dňa .....

.....  
/pečiatka a podpis zamestnávateľa/