

Slovenská lekárska komora

Nová Rožňavská 3

831 04 Bratislava

Potvrdenie o obnovení vedomostí a zručností

Zamestnávateľ – obchodná spoločnosť _____ so sídlom _____,
IČO: _____, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu _____,
oddiel _____, vložka č. _____ /ďalej len „zamestnávateľ“/, týmto v súlade s
§ 34 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch,
stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov **potvrďuje**, že zamestnanec
_____, narodený dňa _____,
bytom _____ /ďalej len „zamestnanec“/,
v období od _____ do _____ v celkovom rozsahu _____
hodín absolvoval na príslušnom pracovisku zamestnávateľa pod vedením povereného zdravotníckeho pracovníka
zamestnávateľa obnovenie vedomostí a zručností na výkon pracovných činností farmaceuta.

V _____ dňa _____

podpis