

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Jmenovaný/á **JE / NENÍ** tělesně i duševně **způsobilý/á** v souladu s jeho/jejím zdravotním stavem vykonávat:

- **práci se zvířaty.**

Potvrzení se vydává pro účely akreditovaného rekvalifikačního a vzdělávacího kurzu s názvem

.....

pořádaného vzdělávacím centrem SVOPAP s.r.o., sídlem U Mrázovky 1950/16, 150 00, Praha 5.

Poznámka:

Dne

Razítko a podpis lékaře