

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ



Název kurzu: Kód kurzu:

Profesní kvalifikace (kód):

Příjmení: Jméno: Titul:

Datum narození: Místo narození:

Kontaktní adresa:

Telefon: E-mail:

Jmenovaná/ý **JE / NENÍ*** tělesně i duševně **způsobilá/ý** v souladu s jejím/jeho zdravotním stavem vykonávat **práci se zvířaty**. (*nehodící se škrtněte)

Potvrzení se vydává za účelem účasti jmenované/ho na výše uvedené akci (vzdělávacím kurzu / zkoušce z profesní kvalifikace) pořádané společností SVOPAP s.r.o. se sídlem U Mrázovky 1950/16, 150 00 Praha 5.

V Dne

.....
Razítko a podpis lékaře

SVOPAP s.r.o.

U Mrázovky 1950/16, 150 00, Praha 5

www.svopap.cz, tereza.svobodova@svopap.cz, +420721854189