



Komora veterinárních lékařů České republiky

Novoměstská 1965/2, 621 00 Brno - Řečkovice

Phone: +420 549 256 407, Cell Phone: 774 494 303

E-mail: vetkom@vetkom.cz, Data mailbox ID: 73qadir

<http://www.vetkom.cz>

Company reg. no.: 44015364 VAT No.: CZ44015364

Ž Á D O S T

o výkon veterinární léčebné a preventivní činnosti pod dohledem odborně způsobilé fyzické osoby podle § 76a zákona č. 166/1999 Sb. a § 13 zákona č. 18/2004 Sb.

Formulář vypisujte pouze tiskacími písmeny

Údaje o žadateli

Jméno

Příjmení

Rodné příjmení

Tituly

Datum narození

Státní příslušnost

Telefonní číslo

E-mail

Kontaktní adresa

Ulice

číslo popisné

/

číslo orientační

(Pokud je uvedeno v adrese)

Část obce (městská část)

PSC

Město (Obec)

Stát

Údaje o osobě odpovědné za výkon regulované činnosti uchazečem (odborný garant)

Titul/y, jméno a příjmení	<input type="text"/>	Reg. číslo KVL	<input type="text"/>
Kontaktní adresa			
Název pracoviště	<input type="text"/>		
Ulice	<input type="text"/>	číslo popisné	<input type="text"/> / číslo orientační <input type="text"/>
<i>(Pokud je uvedeno v adrese)</i>			
PSČ	<input type="text"/>	Město (Obec)	<input type="text"/>
Telefonní číslo	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Odborný garant se svým podpisem zavazuje poskytnout žadateli odborný dohled po celou dobu výkonu jeho odborné praxe z regulované činnosti – veterinární lékař v souladu s rozhodnutím o uložení kompenzačního opatření.

Odborný garant současně prohlašuje, že jeho pojištění profesní odpovědnosti se vztahuje také na škodu, ke které došlo v důsledku poskytnutí veterinární léčebné a preventivní činnosti třetí osobou za pojištěného a jeho jménem.

Předpokládané datum zahájení výkonu činnosti: <i>(nejdříve ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o uložení kompenzačního opatření)</i>	<input type="text"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

Datum podpisu žadatele	<input type="text"/>	Datum podpisu garanta	<input type="text"/>
<hr/>		<hr/>	
Podpis žadatele		Podpis odborného garanta	

Údaje sekretariátu KVL ČR

Datum přijetí žádosti

Datum vyřízení žádosti

Jméno a podpis oprávněné osoby za KVL ČR

.....
Jméno a příjmení (čitelně)

podpis

razítko KVL ČR