



POTVRZENÍ O PRAXI

Jméno, příjmení		
Datum narození		
Účastník kurzu (název kurzu)	Katetrizace MM u muže pro všeobecné sestry a zdravotnické záchranáře	
 Potvrzuji, že výše jmenovaný/á pracuje na pozici..... od..... název zdravotnického zařízení		
Datum	Razítko a jméno vedoucího pracovníka	Podpis vedoucího pracovníka