**POZVÁNÍ**

**k výkonu nelékařského zdravotnického povolání**

**Název a adresa instituce, která vydává pozvání:**

IČ: ….……………………………………………………………...………………………….

Název: ……………………..……………….……………………………...……………….…….

Ulice, č.p.: ………….…………………………………………………………………………………

Město: ……….…….………………………... PSČ: ...………….………………………….

Kontaktní osoba: ….…………………………………………..………………...………………….…

Telefon: …………..……………………… Email: …………..…………………………………

**Tímto zveme** paní/pana …………………………………………………(jméno a příjmení), datum narození …………………. na dobu ………………měsíce/měsíců **za účelem nabývání odborných nebo praktických zkušeností na dobu určitou**, pod přímým vedením zdravotnického pracovníka ……………………………………………………(jméno a příjmení), která/který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání: ……………………………………….

V ……………………………. dne: …………………………….

**Jméno a příjmení oprávněné osoby čitelně:** **Podpis oprávněné osoby:**

………………….……………………… ……………….………………………

**Razítko organizace:**