**ČESKÁ SPOLEČNOST PRO KLINICKOU NEUROFYZIOLOGII**

**České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně**

Sokolská 31, 120 26 Praha 2

**ŽÁDOST O AKREDITACI PRACOVIŠTĚ OPRÁVNĚNÉHO KE ŠKOLENÍ UCHAZEČŮ O FUNKČNÍ ODBORNOST V EEG**

*(dle schváleného materiálu komise, viz zápis ze zasedání 25. 9. 2014)*

**Název žadatele: …………………………………………………………………………………………**

**Sídlo žadatele: …………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**Statutární zástupce: …………………………………………………………………………………….**

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

**tel. číslo:………………………………………. e-mail:………………………………………………...**

**Jména lékařů, splňujících podmínky pro školitele EEG:**

***jméno, příjmení a titul***

***……………………………………………………………………………………………………………………….***

***……………………………………………………………………………………………………………………….***

***……………………………………………………………………………………………………………………….***

***……………………………………………………………………………………………………………………….***

***……………………………………………………………………………………………………………………….***

***……………………………………………………………………………………………………………………….***

***……………………………………………………………………………………………………………………….***

**Přílohy žádosti:**

1. Kopie funkční odbornosti školitelů, kteří budou zajišťovat výuku
2. Popis technického vybavení pracoviště stvrzený odborným zástupcem pracoviště
3. Průkazný doklad o počtu provedených výkonů v posledních 3 letech

**Vyjádření komise foEEG:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

V **…………………….** dne**………………….**

Podpis**…………………………………………**