



Kabinet praktického lékařství
3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze



Potvrzení o absolvování praxe
Internship completion confirmation

Praktické lékařství II
General Practice II

Jméno studenta / *student's name* :

Kruh č. / *study group nr.* :

Potvrzuji, že student-studentka absolvoval týdenní stáž v ordinaci praktického lékaře:

I hereby confirm that the student attended one-week internship in the general practice surgery:

od (datum)
from (date)

do (datum)
to (date)

Dne / *on*

Jméno školícího doktora,
razítko a podpis
*Name of the supervising doctor,
stamp, signature*