



ŽÁDOST O VYTVOŘENÍ POTVRZENÍ O ZAMĚŠTNÁNÍ

Jméno a příjmení:

Jméno a příjmení v době zaměstnání ve VFN:

Rodné číslo:

Datum ukončení zaměstnání:

Klinika:

Telefon:

Žádám o * : Potvrzení o zaměstnání

Jiné potvrzení

Způsob převzetí * : Osobně

Poštou

Adresa pro zaslání:

Poznámka:

.....

.....

.....

V Praze dne:

Podpis:

* *Potřebné zaškrtněte*