



**ŽIADOSŤ**  
**o vykonanie doplňujúcej skúšky**

**VYPLNÍ ŽIADATEĽ**

<i>Meno a priezvisko:</i>	
<i>Rodné priezvisko:</i>	
<i>Regulované povolanie:</i>	farmaceut
<i>Adresa trvalého alebo prechodného pobytu (ulica, mesto, PSČ, štát):</i>	
<i>Korešpondenčná adresa:</i>	
<i>E-mail(povinný údaj):</i>	
<i>Telefón:</i>	
Súčasťou žiadosti musia byť povinné prílohy.	
<b><i>Povinné prílohy:</i></b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. osvedčená kópia dokladu o vzdelaní s prekladom do štátneho jazyka</li><li>2. osvedčená kópia rozhodnutia zo Strediska na uznávanie dokladov o vzdelaní</li><li>3. potvrdenie o uhradení poplatku za úkony spojené so zabezpečením doplňujúcej skúšky</li><li>4. osvedčená kópia protokolu o vykonanej neúspešnej doplňujúcej skúške, ak ide o opakovanie doplňujúcej skúšky vykonávanej najneskôr do 12 mesiacov odo dňa neúspešného absolvovania doplňujúcej skúšky</li></ol>
<i>Dátum:</i>	
<i>Podpis:</i>	