



**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*