

NEMOCNICE PELHŘIMOV  
příspěvková organizace  
Slovanského bratrství 710  
393 38 Pelhřimov

## PŘIHLÁŠKA NA PRAXI v rámci specializačního vzdělávání nelékařů

Jméno, příjmení, titul: .....

Datum a místo narození: .....

Telefon: .....

Adresa bydliště: .....

Zaměstnavatel (adresa, IČ): .....

.....

Specializační vzdělávání v oboru: .....

Praxe na oddělení/úseku: .....

Termín praxe: .....

Datum podání přihlášky: .....

.....  
uchazeč

.....  
zaměstnavatel

Pozn.

Praxe musí být předem dojednána minimálně 10 pracovních dnů před zahájením, při nástupu se musí uchazeč prokázat dokladem o úhradě účastnického poplatku.