|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Praxe na klinice,odd. FNOL: |  | Termín: | od: |
| do: |
| Celkový počet hodin v termínu požadované praxe:  |  | Požadovaný rozsah výukové hodiny: 45min/hod. nebo 60min/hod.  |
| Název školy / fakulta |  |
| Obor studia / ročník |  | Zaměstnanec FNOLANO NE |
| Příjmení, jméno(event.titul) studenta: |  |
| Datum narození: |  | Státní příslušnost: |  |
| Bydliště: |  | PSČ: |  |
| E-mail: |  | Telefon: |  |
| Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění souhlasím, aby uvedená osobní data byla Fakultní nemocnici Olomouc použita pro účely organizace vzdělávací akce. |
| Razítko a podpis vedoucího zaměstnance pracoviště FNOL | Datum a podpis studenta |