**tel.: 383 314 120**

**fax: 383 314 122**

**e-mail: sekretariat@nemocnice-st.cz**

**web: www.nemocnice-st.cz**

**NEMOCNICE STRAKONICE, a.s.**

Radomyšlská 336

386 29 Strakonice

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ODBORNÉ STÁŽE**

**v NEMOCNICI STRAKONICE, a.s.**

**Název vysílajícího**

**zdravotnického zařízení:**

**Sídlo:**

**Statutární**

**zástupci:**

**Bankovní spojení:**

**IČO:**

**DIČ:**

**Příjmení, jméno a titul žadatele:**

**Státní příslušnost***:*  **Datum a místo narození**:

**Tel. (mobil):**  **E-mail:**

**Bydliště:**  **PSČ:**

**Délka odborné praxe:**

**Specializační obor:**  **Datum zařazení**

 **do oboru:**

**Žádám**

**o stáž na pracovišti:**  **v termínu od do**

**Místo, datum:**

 ……………………………………. **podpis žadatele**

……………………………………………………… ……………………………………………………

**Vyjádření vedoucího (nadřízeného) pracovníka Za vysílající zdravotnické zařízení**

 (datum, razítko, podpis) (datum, razítko, podpis)