

Žadatel o odbornou stáž:

Příjmení, jméno, titul:	
Bydliště:	
Datum narození:	
Telefon/mobil:	
E-mail:	
Pracovní pozice a pracoviště žadatele:	
Datum zařazení do specializační přípravy:	

Zaměstnavatel žadatele:

Zaměstnavatel:	
Adresa zaměstnavatele:	
IČ:	DIČ:
Statutární zástupce:	
Kontaktní osoba ve smluvních záležitostech:	Telefon:
E-mail:	

Požadavky na stáž v MNO:

Místo konání stáže (pracoviště):	
Termín stáže:	
Počet pracovních dní:	
Specializační obor:	
Název školicí akce :	
Pracovník MNO, s nímž byla stáž domluvena:	

Prohlašuji, že: jsem nejsem očkovan/a proti hepatitidě typu B.
(očkování je podmínkou k účasti na stáži v MNO)

Plátcem bude: vysílající zdravotnické zařízení
 samoplátce

ZPŮSOB ÚHRADY:

Platba bude provedena na základě faktury vystavené ekonomickým odborem MNO příslušnému zdravotnickému zařízení/samoplátci po zahájení stáže.

Datum a podpis žadatele: _____

Razítko, datum a podpis zaměstnavatele: _____

Na základě Vámi zasláné přihlášky bude Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace (dále jen „MNO“), jakožto správce, zpracovávat Vámi poskytnuté osobní údaje, a to v souladu s Obecným nařízením o ochraně osobních údajů (EU) 2016/679. Informace o zpracování osobních údajů stážistů/praktikantů/kurzistů jsou dostupné na internetových stránkách MNO v sekci „O nemocnici/Ochrana osobních údajů“ pod <http://www.mnof.cz/o-nemocnici/ochrana-osobnich-udaju/>

Přihlášku zašlete v jednom vyhotovení na adresu: Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace, Oddělení vzdělávání, Nemocniční 898/20a, 728 80 Ostrava, nebo naskenováno na:

e-mail: vzdelavani@mnof.cz

Dotazy - lékaři, farmaceuti, zubní lékaři: tel. 596 193 679

Dotazy - NLZP: tel. 596 193 710

Vyjádření vedoucího pracoviště MNO:

Vyjádření :	
Stanovený školitel - příjmení, jméno, titul:	
Datum:	
Podpis a razítko vedoucího pracoviště:	

Vyplní oddělení vzdělávání:

Smlouva ev. č. :	
Pokyny na stáž dne:	
BOZP:	