

Student:	
Příjmení, jméno, titul:	_____
Bydliště:	_____
Datum narození:	_____
Telefon/mobil:	_____
E-mail	_____@_____
Obor studia:	_____
	Ročník: _____

Škola:	
Škola:	_____
Adresa školy:	_____
IČO:	_____
Zastoupený:	_____
Kontaktní osoba ve smluvních záležitostech:	_____
	DIČ: _____
	Telefon: _____

Požadavky na praktickou výuku:	
Místo konání praxe (pracoviště):	_____
Termín konání praxe:	_____
Pracovník MNO, s nímž byla praxe domluvena:	_____
Zájem o stravování v MNO (oběd za 45 Kč)	_____
	Počet hodin*: _____ <small>(hod. = 45 min., hod. = 60 min.)*</small>

* nehodící se škrtněte (uveďte dle osnov školy)

Datum a podpis studenta: _____

Razítko, datum a podpis školy: _____

Na základě Vámi zaslané 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/>

Potvrzenou přihlášku zašlete v jednom vyhotovení na adresu: Oddělení náboru a vzdělávání MNO, Nemocniční 898/20a, 728 80 Ostrava, nebo naskenováno e-mailem:

e-mail:

VŠ – lékařské a lékárenské praxe: vzdelavani@mnof.cz

dotazy:

tel. 596 193 714

Náplň praxe vypracovanou školou předložte na pracovišti.

Vyjádření vedoucího pracoviště k termínu praxe:	
Vyjádření:	_____
Stanovený školitel - příjmení, jméno, titul:	_____
Dne:	_____
Podpis a razítko vedoucího pracoviště:	_____

Vyplní oddělení vzdělávání/vedoucí úseku:	
Smlouva ev. č. :	_____
Pokyny na praxi dne:	_____
Mlčenlivost:	_____
BOZP:	_____