



PŘIHLÁŠKA NA ODBORNOU STÁŽ

Stáž na oddělení:		Termín	od	
			do	
V oboru specializace:				
Délka stáže:	prac. dnů	Školitel:		
Příjmení, jméno, titul účastníka				
Datum narození		Státní příslušnost		
Bydliště		Telefon		
PSČ		E-mail		
Zaměstnavatel				
Adresa zaměstnavatele				
IČ zaměstnavatele		Zaměstnavatel zastoupený		
PSČ		Telefon		
E-mail				
Úhrada stáže				
<input type="checkbox"/> zaměstnavatel				
<input type="checkbox"/> stážista				
Prohlašuji, že <i>jsem – nejsem</i> očkovan/a proti hepatitidě typu B. Očkování je podmínkou účasti na odborné stáži v Domažlické nemocnici, a.s.				
Účastník bere na vědomí, že Domažlická nemocnice, a.s. bude zpracovávat jeho osobní údaje v souladu s právními předpisy České republiky.				
Razítko a podpis zaměstnavatele		Datum a podpis účastníka		