Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace,
Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě, tel.566 801 111, IČO 00842001
e-mail: sekretariat@nnm.cz

ŽÁDOST O VYKONÁNÍ PRAXE STUDENTŮ V NEMOCNICI NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ

Jméno a příjmení studenta ……

Datum narození……Rodné číslo……..

Bydliště…….
Telefon……mobil……
E – mail……

Podpis studenta:

Škola……

Obor……Ročník……..

Potvrzení o očkování proti VHB…….
Kontaktní osoba……

Razítko a podpis zástupce školy:

Praxe v nemocnici Nové Město na Moravě:

Datum	Oddělení	Vedoucí pracovník zodpovědný za praxi studenta a souhlas s vykonáváním praxe na oddělení	Podpis

Podpis odpovědného pracovníka nemocnice: