**Žádost o vypracování smlouvy - odborná praxe studentů FZV**

|  |  |
| --- | --- |
| **Student:**   * jméno a příjmení |  |
| * datum narození |  |
| * bydliště |  |
| * studijní obor |  |
| * ročník studia |  |
| * forma studia |  |
| **Zdravotnické zařízení:**   * název |  |
| * adresa |  |
| * IČO |  |
| * DIČ |  |
| * kontaktní osoba   (jméno, příjmení , tituly, funkce) |  |
| * termín praxe |  |
| * oddělení/klinika   (kde bude praxe probíhat) |  |

V Olomouci, dne …………………..

-------------------------------

podpis studenta