**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