

ÚDAJE POTŘEBNÉ K VYPRACOVÁNÍ DOHODY O STÁŽI

Informace o stážistovi:

Titul, jméno, příjmení stážisty:.....

Datum narození a rodné číslo:.....

Adresa bydliště:.....

Kontakt (e-mail + mobil):.....

Zařazení do oboru (název oboru):.....

Dosažená atestace v oboru (název oboru):.....

Tímto dávám souhlas s poskytnutím svých osobních údajů v rozsahu podkladů pro účely administrace odborné stáže ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Datum:..... Podpis žadatele:.....

Informace o stáži:

Termín stáže:.....

Předatestační stáž:..... v oboru:.....

Odborná stáž (stáž pro funkční licenci) či jiná:.....

Název kliniky – pracoviště, kde bude stáž probíhat:.....

Školitel:.....



Akreditované zařízení

Název: Městská nemocnice Dvůr Králové nad Labem

Sídlo: Vrchlického 1504, 544 01, Dvůr Králové nad Labem

Kým je zastoupen (statutární zástupce): Ing. Miroslavem Vávrou CSc., předsedou správní rady

IČ: 25262238

DIČ: CZ69004900

Bankovní spojení: ČSOB

č. ú.: 273234793/0300

Registrace v obchodním rejstříku (u, oddíl, vložka): U Krajského soudu v Hradci Králové, B, 1584

Kontaktní osoba (personální oddělení – telefon, e-mail):

Jana Lašová

499 300 695

lasova@mndk.cz