



**Trnavská univerzita v Trnave**  
**Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce**  
Katedra laboratórných vyšetrovacích metód v zdravotníctve



**Prihláška na ODBORNÚ PRAX**  
**Laboratórne vyšetrovacie metódy v zdravotníctve**

Meno a priezvisko študenta: .....

Ročník: .....

Akademický rok: .....

Forma štúdia (denné alebo externé): .....

Email (@tvu.sk): .....

---

**MIESTO VÝKONU PRAXE:**

- AnalytX s.r.o., Fakultná nemocnica Trnava, A. Žarnova 11, Trnava
- Medirex, Centrálné laboratórium Bratislava, GBC 4, Galvaniho 17/C Bratislava
- Medirex, Centrálné laboratórium Nitra, Novozámocka 67, Nitra
- Unilabs, Centrálné laboratórium – ZÁPAD, Polianky 7, 841 01 Bratislava
- Unilabs, Centrálné laboratórium – VÝCHOD, Hviezdoslavova 37/46, 091 01 Stropkov
  
- iné laboratórium.....

Zaškrtnutím vyberte jednu z možností, v ktorej chcete povinnú prax uskutočniť.

Dátum:

Vlastnoručný podpis