



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



Žiadosť o prípravu zmluvy na zabezpečenie odbornej praxe
(zašlite na sekretariát katedry!)

Študent:

Ročník: Stupeň štúdia: Forma štúdia:

Meno a priezvisko:

Adresa trvalého pobytu:

Dátum narodenia:

Zdravotnícke zariadenie / laboratórium, v ktorom študent absoljuje prax:

Názov:

Sídlo:

IČO:

Zapísané v Obchodnom registri Okresného súdu:,

oddiel:, vložka č.:

Zastúpenie (meno riaditeľa, štatutára, námestníka..., tzn. osoby, ktorá bude dohodu podpisovať):

.....

Miesto výkonu praxe (laboratórium...):

Oddelenie:

Pracovník poverený odborným vedením študenta (školiteľ):

Meno a priezvisko, tituly:

Termín praxe od: do:

Rozsah praxe: hodín

.....
podpis študenta