

Žádost o absolvování odborné stáže

Název oddělení _____

Termín absolvování odborné stáže: od _____ do _____ tj.: _____ pracovních dnů

Objednatel stáže:

Název zdravotnického zařízení _____

Adresa _____ PSČ _____

Zastoupená: _____ funkce: _____

IČ: _____ DIČ: _____ Kontakt: _____

Bankovní spojení: _____

Stážista:

Jméno, příjmení, titul _____

Datum narození _____

Adresa _____ PSČ _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Stáž v oboru _____

datum a podpis

Školitel (jméno, příjmení, zařazení) _____

Souhlasím – nesouhlasím s absolvováním stáže výše uvedeného stážisty na oddělení.

Nákladové středisko, na které budou poukázány finanční prostředky za stáž:

datum a podpis
(vrchní sestra, primář oddělení)