

Přihláška na odbornou praxi

Praxe na pracovišti nutriční poradny LF OU	Nutriční poradna LF OU	Termín od	do
Název oboru pregraduálního vzdělávání	Nutriční terapeut		
Délka praxe	prac. dnů	Dle domluvy	
Příjmení, jméno, titul účastníka praxe			
Datum narození		Státní příslušnost	
Bydliště		Telefon	
PSČ		E-mail	
Škola			
Adresa školy			
IČ školy		Škola zastoupena	
PSČ		Telefon	
E-mail			
<p>Účastník bere na vědomí, že Lékařská fakulta Ostravské univerzity bude zpracovávat jeho osobní údaje v souladu s právními předpisy České republiky.</p>			
Razítko a podpis školy		Datum a podpis studenta	