



Termín kurzu:

PŘIHLÁŠKA

Ucházeč/ ucházečka: Titul Jméno Příjmení Titul

Osobní údaje

Datum narození: . .

Místo narození:

Státní příslušnost:

Pracovní zařazení:

Číslo registrace:

Kvalifikace

Škola:

Obor:

Rok:

Specializace: ANO NE

Obor:

Rok:

Korespondenční adresa

Ulice:

Město:

PSČ:

E-mail:

Telefon:

Zaměstnavatel

Název:

Ulice:

Město:

PSČ:

Telefon:

Pracoviště:

Ubytování:

ANO

NE

podpis

Souhlasím se zpracováním osobních údajů, viz poučení

Vyplněnou přihlášku zasílejte na adresu:

Nemocnice Na Bulovce, Oddělení vzdělávání, Budínova 67/2, 180 81 Praha 8

Kontaktní osoba:

Mgr. Alena Džupinová, tel. 266 08 2534 e-mail: alena.dzupinova@bulovka.cz

V případě, že nejste držiteli Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, je nutno k přihlášce na certifikovaný kurz přiložit kopie dokladů o získání odborné způsobilosti. Cizí státní příslušníci přikládají k přihlášce rozhodnutí MZ ČR o uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání na území České republiky. Zařazení do certifikovaného kurzu je realizováno v souladu se zákonem č.96/2004 Sb., v platném znění.

Rozsah osobních údajů uvedených v přihlášce je nutný pro vydání dokladů o získané způsobilosti a jejich elektronickou archivaci. Osobní údaje budou zpracovány v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění.