



# Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2, IČ: 00064165

Odbor vzdělávání VFN v Praze

Na Bojišti 1, 120 00 Praha 2

## Povinné údaje

### K SEPSÁNÍ SMLOUVY O ABSOLVOVÁNÍ STÁŽE

1. Informace o škole						
Přesný název školy			Sídlo školy (přesná a úplná adresa)			
Identifikační číslo školy (IČ)			Daňové identifikační číslo (DIČ)			
Statutární zástupce školy (např. ředitel); celé jméno vč. titulů a funkce (pokud smlouvu podepíše jiná osoba v.z., je nutné přiložit <u>ověřenou</u> plnou moc)						
Pedagogický zástupce školy						
Titul před jménem	Jméno		Příjmení		Titul za jménem	
Telefon			e-mail			
2. Informace o stážistovi						
Titul před jménem	Jméno		Příjmení		Titul za jménem	
Ulice	č. p. / č. o.	PSC	Město / Místo	Telefon	e-mail	
Datum narození	Místo narození		Státní občanství		Ročník studia	
Studijní obor						
3. informace o stáži						
Místo výkonu stáže (klinika, pracoviště VFN v Praze)						
Druh práce v období stáže (obor)			Stáž v rámci specializačního vzdělávání v oboru pokud ano, uveďte název oboru specializačního vzdělávání, certifikovaného kurzu, akreditovaného kvalifikačního kurzu			
Termín stáže			Druh stáže (zaškrtněte)			
Od		Do		Teoretická	Praktická	
Školitel ve VFN v Praze						
K vyplněnému dotazníku přiložte souhlas (přednosta, primáře nebo vrchní sestry) s vykonáním stáže						
Titul před jménem	Jméno		Příjmení		Titul za jménem	

Nesouhlasím    Souhlasím    se zpracováním osobních údajů podle [Obecného nařízení o ochraně osobních údajů](#).

Vyplněný dotazník, prosím, odešlete na e-mailovou adresu: [staze@vfn.cz](mailto:staze@vfn.cz)