

Lekárska fakulta

PRIHLÁŠKA

na rezidentský program

*odbor: všeobecné lekárstvo
 pediatria

meno, priezvisko, titul:

dátum narodenia: štátna príslušnosť:

*adresa bydliska /PSČ/:

*adresa pracoviska /PSČ/:

kontakt : e-mail**

telefón :

získaná špecializácia v odbore:

zaradený do špecial. štúdia v odbore

od :

doterajšia prax v špecializačnom odbore / rozpis: kde, od-do /:

doterajšia prax v iných odboroch / rozpis: kde, od-do /:

nemocnica, v ktorej by ste chceli vykonávať špecializačné štúdium.....

dátum:

.....
podpis účastníka

* vyberte 1 z možností zaradenia do odboru

*poznámka: označte kontaktnú adresu

** údaje budú použité k jednoznačnej identifikácii a k zasielaniu materiálov v elektronickej forme