

Lekárska fakulta

## PRIHLÁŠKA

na vzdelávaciu aktivitu

názov vzdelávacej aktivity: .....

.....

číslo vzdelávacej aktivity: ..... miesto konania: .....

dátum vzdelávacej aktivity: .....

meno, priezvisko, titul<sup>\*\*</sup> : .....

rodné meno: ..... rodné číslo<sup>\*\*</sup> : ..... štátna príslušnosť: .....

\* adresa bydliska /PSČ/: .....

.....

\* adresa pracoviska /PSČ/: .....

.....

kontakt / e-mail<sup>\*\*</sup>, telefón, /: .....

získaná špecializácia v odbore: .....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

dátum: .....

.....

odporúčenie zamestnávateľa  
/ pečiatka, podpis /

podpis účastníka

---

\* poznámka: označte kontaktnú adresu

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