

Súhlas zdravotníckeho zariadenia s absolvovaním povinnej
odbornej praxe poslucháča/poslucháčky FZV
v individuálnom vybratom pracovisku

Meno poslucháča / poslucháčky:

Rodné číslo:...../..... Ročník: Štúdium denne / externé

Názov zdravotníckeho zariadenia:

.....

Súhlasíme s tým, aby vyššie menovaný poslucháč / poslucháčka FZV absolvoval(a) odbornú prax v našom zariadení, v ktorom sa vykonáva (vyznačte v zozname):

- Konvenčná rádiológia skeletu
- Kontrastná rádiodiagnostika
- Mammografia
- Počítačová tomografia
- Ultrazvuková diagnostika
- Magnetická rezonancia
- Scintigrafia

Prax v trvaní podľa zmluvy o praktickej výučbe absolvuje poslucháč (ka) FZV v čase:
od do

Dátum:.....

Podpis lekárskeho riaditeľa / primára oddelenia: