Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Ruská 85, 100 05 Praha 10

PŘIHLÁŠKA
k závěrečné zkoušce akreditovaného kvalifikačního kurzu

Název oboru			
Jméno, příjmení, titul			
Dřívější příjmení, včetně rodného			
E-mail		Telefon	
Datum a místo narození		Rodné číslo	
Odborné vzdělání (škola, fakulta, adresa školy, studijní obor)			
Adresa bydliště (kontaktní)		PSČ	
Adresa pracoviště		PSČ	
Pracovní zařazení a organizace			
Zařazení do navazujícího magisterského nebo doktorského studijního programu na vysoké škole, obor		OD (datum)	
Zpětný zápočet studia nebo odborné praxe povolen dne			

Datum	**Podpis uchazeče**

Potvrzení akreditovaného zařízení, že uchazeč splnil podmínky stanovené vzdělávacím programem a potvrzení správnosti údajů uvedených v přihlášce:	**Datum**
Podpis a razítko statutárního zástupce	**podpis školitele**

K přihlášce přiložte: Stejnopis nebo úředně ověřenou kopii rozhodnutí o započtení části dříve absolvovaného studia, pokud tato část studia byla započtena.

Přihlášku ke zkoušce zasílejte na adresu: IPVZ, Ruská 85, 100 05 Praha 10

Upozornění: Neúplně nebo nečitelně vyplněná a nepotvrzená přihláška bude vrácena!

Informace o zpracování osobních údajů naleznete na adrese www.ipvz.cz/zasady-ochrany-osobnich-udaju

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Ruská 85, 100 05 Praha 10
e-mail: ipvz@ipvz.cz, web: www.ipvz.cz
tel.: +420 271 019 111, fax: +420 271 019 428

Hotel ILF
Budějovická 15, 140 00 Praha 4
e-mail: hotel@hotel-ilf.cz, web: www.hotel-ilf.cz
tel.: +420 261 092 333, fax: +420 261 261 860