**Žádost o umožnění absolvování odborné stáže**

|  |
| --- |
| název a sídlo vysílajícího zdravotnického zařízení:  |

IČ: DIČ:

statutární zástupce(i):

bankovní spojení (banka a číslo účtu):

tel. č.: email:

příjmení, jméno, titul stážisty:

státní příslušnost: datum a místo narození:

RČ:

tel. č.: email:

bydliště: PSČ:

specializační obor: datum zařazení do oboru:

žádám o stáž na pracovišti: od: do:

**POZNÁMKA**

**Žádost musí být podána minimálně měsíc před termínem konání stáže.** Podrobnější informace k žádosti o umožnění absolvování stáže jsou uvedeny na internetových stránkách NČB, a.s. ([www.nemcb.cz](http://www.nemcb.cz)) v záložce „Vzdělání a kariéra“ – „Praxe lékařských a nelékařských povolání“ – „Stáže“.

Způsob úhrady:

**Platba bude provedena na základě pokynů uvedených v čl. III. ve smlouvě o umožnění absolvování (odborné) stáže.**

**Ve smyslu zásad GDPR souhlasím, aby moje uvedená osobní data byla NČB, a.s. použita pro zpracování žádosti a smlouvy o umožnění absolvování (odborné) stáže a účely archivace.**

místo a datum:

**……………………….. …………………………………………………..**

stážista: (podpis) vysílající zdravotnické zařízení: (razítko a podpis)