



## Informace o vybraném rezidentovi

### I. Poskytovatel zdravotních služeb

**Název poskytovatele zdravotních služeb s rezidenčním místem:**

**Název konkrétní organizační složky, kde rezident vykonává své povolání:**  
(vyplňte v případě, že se neshoduje s údajem výše):

**Adresa, kde rezident vykonává své povolání:**  
(adresa poskytovatele zdravotních služeb, případně konkrétní organizační složky)

**Ulice:** **č.p./č.o.:**

**Obec:** **PSČ:**

### II. Rezident

**Jméno, příjmení, tituly:**

**Datum narození:**

**Místo narození:**

(místo narození vyplňte pouze pokud je rezident cizinec jako: **název státu** (ne zkratka) a **místo**)

**Obor specializačního vzdělávání, ve kterém se bude rezident vzdělávat:**

**Datum zařazení do oboru SV:** / podána žádost o zařazení:

**Adresa trvalého pobytu / místa pobytu u cizince**

**Ulice:** **č.p./č.o.:**

**Obec:** **PSČ:**

**Podpis**

