



Informace o vybraném rezidentovi

I. Poskytovatel zdravotních služeb

Název poskytovatele zdravotních služeb s rezidenčním místem: I O:

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 za azení:

Adresa trvalého pobytu / místa pobytu u cizince

Ulice: č.p./č.o.:

Obec: PSČ:

Podpis

