



INFORMACE O VYBRANÉM REZIDENTOVI

Obor specializačního vzdělávání, ve kterém se bude rezident vzdělávat:

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:

*(v případě cizince vyplňte jako: **název státu** (ne zkratka) a **místo**)*

Datum zařazení do oboru SV:

/ podána žádost o zařazení:

Adresa trvalého pobytu / místa pobytu u cizince

Ulice:

č.p./č.o.:

Obec:

PSČ:

