



LEKÁRSKA FAKULTA
Univerzita Komenského
v Bratislave

PRIHLÁŠKA NA KURZ A SKÚŠKU ZO SOCIÁLNEHO LEKÁRSTVA A ORGANIZÁCIE ZDRAVOTNÍCTVA

Termín kurzu:

Meno, priezvisko, tituly:

Dátum narodenia:

Adresa bydliska:

Kontaktná adresa:

Tel.: E-mail:

Adresa pracoviska:

Špecializačný odbor:

Zaradenie do špecializačného štúdia dňom:

Termín špecializačnej skúšky:

Dátum:

.....

podpis uchádzača

Vyjadrenie zamestnávateľa:

Dátum:

.....

podpis a pečiatka