



LEKÁRSKA FAKULTA
Univerzita Komenského
v Bratislave

PRIHLÁŠKA NA VZDELÁVACIU AKTIVITU

Špecializačný odbor:

Termín konania:

Miesto konania:

Meno, priezvisko, tituly:

Adresa bydliska:

Kontaktná adresa:

Tel.: E-mail:

Pracovisko:

Adresa pracoviska:

Zaradenie do špecializačného štúdia:

Dátum:
.....
podpis účastníka vzdelávania

Dátum:
.....
podpis a pečiatka vedúceho pracoviska

Dátum:
.....
podpis a pečiatka zamestnávateľa