



## PŘIHLÁŠKA NA ODBORNOU PRAXI - FYZIOTERAPIE

Příjmení, jméno, titul: .....

Datum narození:.....

Mobilní telefon:..... E-mail:.....

Bydliště: .....PSC: .....

Zaměstnavatel, adresa (vysílající zdr. zařízení): .....

IČ: ..... DIČ: .....

Statutární zástupce: .....

Bankovní spojení: .....

Pracovní zařazení:..... Telefon: .....

ODBORNÁ PRAXE V AKREDITOVANÉM ZAŘÍZENÍ – akreditován odborný modul – Aplikovaná fyzioterapie  
– praktická část

Požadovaný termín konání: ..... Počet pracovních dnů: .....

Ubytování žádám: .....od.....do.....

Stravování žádám:  ANO  NE

**Prohlašuji, že jsem očkovan/a proti hepatitidě typu B.**

**Očkování je podmínkou účasti na odborné praxi v NNP LDN Horažďovice, s.r.o.**

Ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, souhlasím, aby NNP LDN Horažďovice použila výše uvedená data pro účely archivace.

Dne:

Podpis žadatele: .....

Razítko a podpis zaměstnavatele (vysílající zdr. zařízení): .....

Poplatek za odbornou stáž je stanoven vedením NNP LDN Horažďovice s.r.o., která je zveřejněna na internetových stránkách <https://horazdovice.nemocnicepk.cz/akreditovane-pracoviste/>.

Poplatek nezahrnuje náklady za stravování ani ubytování.

**Platbu proved'te na základě faktury vystavené ekonomickým oddělením NNP LDN Horažďovice, s.r.o.**



Nemocnice  
Horažďovice

Nemocnice  
Děložského  
kraje

NH0124/01

přihláška odborná praxe fyzioterapie

Žádost vyplňte a zašlete na e-mail: [anna.petrzilkova@horazdovice.nemocnicepk.cz](mailto:anna.petrzilkova@horazdovice.nemocnicepk.cz)

**Nebo na adresu:** Mgr. Anna Petržilková, Nemocnice následné péče LDN Horažďovice, Blatenská 314,  
341 01 Horažďovice