PŘIHLÁŠKA
k závěrečné zkoušce akreditovaného kvalifikačního kurzu
BIOMEDICÍNSKÉ INŽENÝRSTVÍ

Jméno, příjmení, titul			
Dřívější příjmení, včetně rodného			
E-mail		Telefon	
Datum a **místo narození**		Rodné číslo	
Odborné vzdělání (škola, fakulta, adresa školy, studijní obor)			
Adresa bydliště (kontaktní)		PSČ	
Adresa pracoviště		PSČ	
Pracovní zařazení a organizace			
Zpětný zápočet studia nebo odborné praxe povolen dne			

Datum	**Podpis uchazeče**

K přihlášce přiložte: Potvrzení o absolvování praxe na akreditovaném zdravotnickém zařízení,

Přihlášku zasílejte na adresu: IPVZ, Ruská 85, 100 00 Praha 10 nebo emailem na: renata.mesrsmidova@ipvz.cz.

Neúplně nebo nečitelně vyplněná a nepotvrzená přihláška bude vrácena!

Informace o zpracování osobních údajů naleznete na adrese www.ipvz.cz/zasady-ochrany-osobnich-udaju