**Věc: Potvrzení**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení** studenta/studentky |  |
| **Datum narození** |  |
| **Adresa trvalého bydliště** |  |

Potvrzujeme, že výše jmenovanému studentovi/studentce umožní nemocnice

|  |  |
| --- | --- |
| **Název nemocnice** |  |
| **Adresa** |  |
| **IČ, DIČ** |  |
| **Pověřená osoba** |  |

vykonat předstátnicovou přípravu v následujících oborech:

Chirurgie, Interní lékařství, Pediatrie, Gynekologie a porodnictví a Sociální a pracovní lékařství, veřejné zdravotnictví, hygiena a preventivní medicína.

Zároveň potvrzujeme, že nemocnice nebude požadovat za přípravu studenta/studentky finanční úhradu.

 Datum: Razítko a podpis pověřené osoby: