

ÚDAJE POTŘEBNÉ K VYPRACOVÁNÍ RÁMCOVÉ SMLOUVY

Název oboru specializačního vzdělávání :

Celý název a délka požadovaných stáží dle vzdělávacího programu (vč. umístění: kmen x vlastní spec.výcvik) :

Identifikační údaje zdravotnického zařízení:

Název:

Sídlo:

Kým je zastoupeno (statutární zástupce):

IČ:

DIČ:

Bankovní spojení:

Číslo účtu:

registrace v Obchodním rejstříku :

Kontaktní osoba (oddělení vzdělávání nebo personální oddělení – tel.č. a e-mail):