MUNI
MED

ZÁZNAM O KOMPLEXNÍ STÁŽI
ZUBNÍ LÉKAŘSTVÍ, 5. ROČNÍK

Jméno a příjmení studenta …….....

UČO ……

- Zdravotnické zařízení
  ……...……...
  Termín:
  ……Potvrzeno:……..……..……
- Zdravotnické zařízení
  ……...……...
  Termín:
  ……Potvrzeno:……..……..……
- Zdravotnické zařízení
  ……...……...
  Termín:
  ……Potvrzeno:……..……..……
- Zdravotnické zařízení
  ……...……...
  Termín:
  ……Potvrzeno:……..……..……
- Zdravotnické zařízení
  ……...……...
  Termín:
  ……Potvrzeno:……..……..……
- Zdravotnické zařízení
  ……...……...
  Termín:
  ……Potvrzeno:……..……..……
- Zdravotnické zařízení
  ……...……...
  Termín:
  ……Potvrzeno:……..……..……

Potvrzený záznam odevzdejte po ukončení stáže na sekretariát Stomatologické kliniky. Odevzdání záznamu o stáži je podmínkou přistoupení k SRZ.

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta
Kamenice 753/5, 625 00 Brno, Česká republika
T: +420 549 49 2910, E: info@med.muni.cz, www.med.muni.cz
Bankovní spojení: KB Brno-město, ČÚ: 85636621/0100, IČ: 00216224, DIČ: CZ00216224
Masarykova univerzita, Lékařská fakulta